



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

O Absentismo em Profissionais de Saúde: O caso de uma unidade de um Centro Hospitalar

Tese de Mestrado em Gestão da Saúde

Rafael António Marques Tiago

Agosto de 2018



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

O Absentismo em Profissionais de Saúde: O caso de uma unidade de um Centro Hospitalar

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ema Sacadura Leite.

Agosto de 2018

À Ana, à Mara e ao Miguel

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho é um momento de alegria, mas também um momento para agradecer a contribuição essencial de pessoas e entidades que estiveram presentes ao longo deste percurso. A todos, aqui deixo o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar, quero dedicar uma palavra de apreço à Professora Doutora Ema Sacadura Leite, pela sua orientação e experiência de aprendizagem que me proporcionou.

Ao Professor Doutor Pedro Aguiar pela cordialidade com que me recebeu e pelas suas recomendações no âmbito da abordagem estatística.

À Professora Doutora Isabel Andrade pela sua disponibilidade e contributo na revisão e uniformização das referências bibliográficas.

. À Administração do Centro Hospitalar que gentilmente aceitou disponibilizar os dados sobre o absentismo entre 2015 e 2017.

São também dignos de uma nota de apreço todos os entrevistados que aceitaram participar no estudo e cujo contributo se revelou muito interessante.

Finalmente, mas não menos importante quero agradecer à minha família e amigos, com especial reconhecimento à minha esposa que me apoiou com amor e carinho em todos os momentos de estudo e reflexão.

A todos, muito obrigado!

Resumo

Tendo como premissa que o absentismo deve ser considerado um desafio de Gestão Estratégica dos Recursos Humanos, o presente estudo visa conhecer e analisar as causas do absentismo por doença, estimar os custos associados e desenvolver recomendações que permitam prevenir a sua ocorrência.

Para concretizar os objectivos delineados optou-se por um estudo exploratório, qualitativo e quantitativo. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas e foram estudados os profissionais de saúde de um hospital que tiveram pelo menos um dia de ausência entre 2015 e 2017, no total de 1.262 profissionais: 197 médicos, 490 enfermeiros e 575 assistentes operacionais. A amostra foi construída com base nos Balanços Sociais de 2015, 2016 e 2017, disponibilizados pelo Centro Hospitalar em estudo. Foi efectuada a estatística descritiva dos dados e a associação entre variáveis utilizando o teste Qui-quadrado e a Correlação de Spearman, tendo sido aceite um nível de significância de 5%.

Verificou-se que a taxa geral de absentismo da instituição foi de 12% e do absentismo por doença foi de 6%. Os Assistentes Operacionais registaram proporcionalmente maior absentismo por doença (8%) e períodos de ausência mais longos. Os médicos apresentaram menor absentismo (1,7%) e períodos de ausência por doença mais curtos. Os Enfermeiros apresentaram uma taxa de 3,4%. O sexo feminino apresentou maiores ausências e por períodos mais prolongados. Foi apurada uma estimativa de custos para os três anos superior a 5 milhões de euros para o absentismo com substituição.

O desenvolvimento do presente estudo, permitiu a construção de uma proposta para um Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo, dado que o absentismo assume uma dimensão preocupante devido ao seu impacto nas instituições, mas também, na economia e na sociedade.

Palavras-chave: Absentismo, Assistentes Operacionais, Enfermeiros, Médicos, Prevenção e Controlo, Unidade Hospitalar.

Abstract

Based on the premise that absenteeism should be considered as a challenge of Human Resources Strategic Management, the present study aims to understand and analyse the causes of absenteeism due to illness in a hospital, estimating associated costs and making recommendations to prevent its occurrence.

To achieve the objectives outlined, an exploratory, qualitative and quantitative study was selected. Six semi-structured interviews were conducted and the information of the professionals who had at least one day of absence between 2015 and 2017 while working in a hospital was analysed, with a total of 1.262 professionals: 197 Doctors, 490 Nurses and 575 Operational Assistants. The sample was built from the Social Balances of 2015, 2016 and 2017, provided by the institution where the study took place. It was developed the descriptive statistics of the data and the association between variables was performed using the Chi-square test and Spearman's Correlation, and a significance level of 5% was accepted.

The institution's overall absenteeism rate was of 12% and sickness absenteeism was 6%. The Operational Assistants recorded proportionately higher absenteeism due to illness (8%) and longer periods of absence. The Doctors recorded lower absenteeism (1.7%) and shorter periods of absence due to illness. The Nurses recorded a rate of 3.4%. Absences in the female gender were higher and had a longer duration. A three-year cost estimate of more than 5 million Euros was calculated for absenteeism with substitution.

The development of this study allowed the construction of a Prevention and Control of Absenteeism Plan, since absenteeism is a cause for concern due to its impact on institutions, but also on the economy and society.

Keywords: Absenteeism, Operational Assistants, Nurses, Doctors, Prevention and Control, Hospital Unit.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Quadros.....	viii
Índice de Tabelas.....	viii
Índice de Gráficos.....	x
Abreviaturas.....	xi
Introdução.....	1
I – Enquadramento Teórico.....	3
1 - Contextualização do Absentismo.....	3
1.1 A importância do estudo do Absentismo.....	3
1.2 O conceito de Absentismo.....	4
1.3 Principais causas do Absentismo.....	6
1.4 O Absentismo numa perspectiva de Gestão.....	14
1.4.1 Cálculo do Absentismo.....	14
1.4.2 Custos do Absentismo.....	15
1.4.3 Prevenção e Controlo do Absentismo.....	17
2 - O Absentismo em Saúde.....	21
2.1 Enquadramento da problemática nacional.....	21
2.2 Absentismo hospitalar em números.....	24
II – Operacionalização da investigação.....	29
1 - Objectivos.....	29
1.1 Objectivos Gerais.....	29
1.2 Objectivos Específicos.....	29
2 - Metodologia.....	29
2.1 Delimitação e desenho do estudo.....	30
2.2 População e amostra.....	30
2.3 Recolha de dados.....	31
2.4 Análise de dados.....	32
2.4.1 Dados quantitativos.....	32
2.4.2 Dados qualitativos.....	33

2.5 Variáveis em estudo	33
2.6 Questões éticas	34
3 - Apresentação dos Resultados	35
3.1 Caracterização da Instituição.....	35
3.2 Caracterização das ausências por doença nos profissionais	36
3.3 Estudo das associações das variáveis - análise inferencial	41
3.4 Estimativa dos Custos das Ausências	45
3.5 Caracterização das Entrevistas	46
4 – Discussão dos Resultados.....	47
Conclusões, Limitações do Estudo e Pistas para Futura Investigação	54
Proposta de Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo.....	59
Bibliografia.....	61
Apêndices 1 – Estimativa de Custos do Absentismo por doença.....	71
Apêndices 2 - Análise das entrevistas	73

Índice de Figuras

Figura 1 - Causas de Absentismo.....	9
Figura 2– Modelo processo melhoria contínua para ambiente de trabalho saudável	17

Índice de Quadros

Quadro 1 - Condições de trabalho conducentes a riscos psicossociais	11
Quadro 2 - Factores que contribuem para a propensão do absentismo.....	12
Quadro 3 - Que razões podem explicar o Absentismo na sua empresa	13
Quadro 4 - Medidas de promoção da saúde no local de trabalho	20
Quadro 5 - O Absentismo nos Relatórios de Contas	27
Quadro 6 - Guião de Entrevista	33
Quadro 7 - Caracterização dos Entrevistados	46
Quadro 8 – Resumo das respostas dos entrevistados.....	46
Quadro 9 – Associação entre a duração da ausência e variáveis em estudo	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Absentismo por doença na União Europeia em 2000	7
--	---

Tabela 2 - Evolução da Taxa de Absentismo.....	21
Tabela 3 - Total de dias de ausência por motivo de ausência.....	22
Tabela 4 - Total de dias ausência pelos dois principais motivos	23
Tabela 5 - Trabalhadores por grupo profissional	24
Tabela 6 - Total de trabalhadores por tipo de entidade e grupo profissional.....	24
Tabela 7 - Proporção de amostra analisada no período de 2015 a 2017	31
Tabela 8 - Distribuição dos colaboradores por categorias (2015 a 2017)	35
Tabela 9 – Dias ausência doença por Categoria Profissional (2015 a 2017)	36
Tabela 10 - Medidas Estatística Descritiva - Dias Ausência Categoria Profissional ..	37
Tabela 11 - Medidas de estatística descritiva para a variável Dias de Ausência.....	37
Tabela 12 - Caracterização da variável Dias de Ausência	37
Tabela 13 - Caracterização da variável Dias de Ausência	38
Tabela 14 - Caracterização das ausências em relação à variável Sexo	38
Tabela 15 - Caracterização das ausências por Categoria Profissional e por Sexo ...	38
Tabela 16 - Medidas de Estatística Descritiva da Idade, por Categoria Profissional.	39
Tabela 17 - Caracterização das ausências em relação à variável Classe Etária	39
Tabela 18 - Medidas de estatística descritiva para a variável Idade	39
Tabela 19 - Caracterização das ausências em relação à variável Estado Civil.....	40
Tabela 20 - Caracterização das ausências em relação à variável Habilitações	40
Tabela 21 - Caracterização das ausências em relação à variável Anos Experiência	40
Tabela 22 - Medidas Estatística Descritiva Anos Experiência Categoria Profissional	41
Tabela 23 - Caracterização das ausências em relação à variável Serviços	41
Tabela 24 - Caracterização das ausências em relação à variável Vínculo Laboral...	41
Tabela 25 - Teste de Independência Qui-Quadrado (Dias de Ausência – 7 dias).....	42
Tabela 26 - Teste de Independência dQui-Quadrado (Dias de Ausência – 30 dias) .	44
Tabela 27 - Coeficiente Correlação de Spearman, Dias Ausência e as variáveis Idade, Anos de Experiência e Ano de Observação.....	45
Tabela 28 - Estimação dos custos de “Dias de Ausência” por doença.....	45
Tabela 29 - Estimativa de custos por categoria profissional	46
Tabela 30 – Taxa absentismo por doença por Categoria Profissional da Instituição.	48
Tabela 31 - Estimação dos custos “Dias de Ausência” por doença	52
Tabela 32 - Estimativa de custos por categoria profissional	53

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da Taxa de Absentismo geral e por doença.....	22
Gráfico 2 – Motivos de ausência com exclusão dos principais.....	23
Gráfico 3 - Taxa de absentismo hospitalar geral.....	25
Gráfico 4 - Taxa de absentismo hospitalar por doença	25
Gráfico 5 - Comparação entre o Absentismo geral e por doença em 2017	26
Gráfico 6 – Evolução dos dias de ausência por doença por Categoria Profissional	36
Gráfico 7 - Estimação custos “Dias Ausência” por doença com e sem substituição de funcionários	45

Abreviaturas

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

AO – Assistentes Operacionais

BS – Balanço Social

CA - Conselho de Administração

CIT - Contracto individual de trabalho

CTFP - Contracto de Trabalho em Funções Públicas

ENWHP – Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Trabalho

EPE – Entidade Pública Empresarial

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho

EUROFOUND - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho

EWCS - Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento

GRH - Gestão de Recursos Humanos

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMA - Potencial Máximo Anual

RH - Recursos Humanos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSO - Serviços de Saúde Ocupacional

TA - Taxa de Absentismo

TAHT – Taxa Anual de Horas Trabalháveis

THA - Total de Horas de Ausência

THET - Total de Horas Efectivamente Trabalhadas

THIT - Total de Horas de Inactividade Temporária

THTS - Total de Horas de Trabalho Suplementar

UE – União Europeia

ULS - Unidade Local de Saúde

Introdução

Segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde relativo ao ano de 2016 registaram-se cerca de 3,6 milhões de dias de ausência ao trabalho por parte dos trabalhadores do Ministério da Saúde. Estes dados revelam que estamos perante uma taxa geral de absentismo de 10,7%, o que confirma uma tendência de acréscimo face a anos anteriores. Em 2013 a mesma taxa geral de absentismo situou-se nos 8,6% (Portugal. MS. SNS, 2016).

De acordo com Bilhim (2002) a cultura organizacional da administração pública e do sector público empresarial focada nos regulamentos e nos processos, centralizada e alicerçada em comportamentos mecanicistas, nem sempre está em sintonia com o que os trabalhadores actualmente anseiam. Esta divergência, potencia o descontentamento, a desmotivação, a falta de sentido de pertença e, por inerência, o absentismo laboral.

A lógica das palavras não minimiza a complexidade do tema. De facto, se é consensual que eficiência económica e racionalização de recursos são vitais na prestação de serviços de saúde de qualidade, a tolerância do absentismo laboral por inoperância da gestão representa o oposto desta concepção em virtude dos impactos negativos que o mesmo desencadeia na organização. Não garantir um bom clima social e justiça organizacional, confiança mútua entre hierarquias, reconhecimento e boa cooperação, prejudica tanto a organização, como o bem-estar dos trabalhadores, resultando em efeitos adversos, como menor desempenho, menor comprometimento e absentismo (Eurofound, 2017).

Segundo Goetzel *et al.* (2004) o absentismo de profissionais de saúde transcende o impacto da produtividade nula pela ausência, dado que, gera sobrecarga de trabalho para os outros trabalhadores, colide com os interesses dos colegas e utentes, aumenta os tempos de espera, aumenta o risco dos utentes, e pode contribuir para gerar ainda mais absentismo exercido pelos utentes enquanto profissionais. Por estes motivos o absentismo representa um custo para a organização, mas também, para a sociedade e para a economia.

Mais, ao longo do desenvolvimento da investigação tornou-se também evidente a necessidade de construção de um novo olhar sobre a importância da prevenção e controlo, mote que veio a culminar na elaboração de uma Proposta de Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo - Prevenir e Agir em vez de Ignorar ou Reagir.

Assim, a presente investigação foi desenvolvida com o objectivo de conhecer, compreender e analisar o absentismo em geral, e em particular o motivo por doença, dos profissionais de saúde de uma unidade de um centro hospitalar localizado em Portugal continental em 2015, 2016 e 2017 com o propósito de identificar e desenvolver directrizes que permitam prevenir a sua ocorrência, através da promoção da saúde e bem-estar no trabalho.

O trabalho está organizado em duas partes.

Na primeira parte, ponto um e dois apresenta-se o enquadramento teórico, com destaque para as abordagens consideradas de referência para a compreensão do conceito de absentismo e principais causas. Descreve-se o absentismo numa perspectiva de gestão e caracteriza-se o absentismo no sector da saúde, com especial realce para o ambiente hospitalar.

Na segunda parte no ponto um apresenta-se os objectivos e no ponto dois descreve-se a metodologia de investigação adoptada, os cálculos efectuados sobre os custos da perda de produtividade, caracteriza-se a instituição em estudo e os procedimentos de recolha da informação. No ponto três e quatro apresentam-se e discutem-se os resultados.

Posteriormente é feita uma síntese final apresentando as conclusões, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações. É ainda apresentada uma Proposta de Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo para uma unidade de um Centro Hospitalar.

I – Enquadramento Teórico

1 - Contextualização do Absentismo

1.1 A importância do estudo do Absentismo

Segundo Patton (2005) a pesquisa realizada no banco de dados históricos do New York Times que remonta a 1851 sobre o termo absentismo obteve 4.535 artigos, enquanto que, pesquisa idêntica sobre um dos conceitos mais estudados do comportamento organizacional - satisfação no trabalho, obteve apenas 301 artigos, o que revela a importância atribuída ao conceito na opinião pública.

Neste sentido e não sendo uma questão recente, o absentismo tem sido alvo de maior atenção desde a década de 50 (Chadwick-Jones, 1971). No entanto, a complexidade de delimitação das suas causas, tem dificultado a tarefa de obter uma abordagem consensual.

A primeira grande dificuldade consiste na definição objectiva do que deve ser considerado “absentismo voluntário” e “absentismo involuntário” (Tan e Hart, 2015). Se em teoria parece fácil distinguir os tipos de ausência pelo confronto dos motivos e seu carácter de inevitabilidade, na prática, pode ser uma tarefa bem mais complicada face à permeabilidade das fronteiras de alguns factores, como explica Langenhoff (2011), que salienta que as ausências voluntárias podem ser facilmente camufladas e consideradas como involuntárias, o que potencia situações de desigualdade e injustiça. A pertinência da questão promoveu a produção de diversos estudos e modelos explicativos. Os primeiros modelos basearam-se essencialmente em variáveis sociodemográficas e socioculturais dificilmente replicáveis e com escassez de “ferramentas conceituais” (Hackman e Oldham, 1976, p.251). Também inicialmente, para os gestores, o absentismo era reduzido a uma análise de custos, realidade que se foi transformando com a introdução e valorização de factores comportamentais, tais como, a satisfação profissional e a motivação, abrindo a porta à possibilidade de o absentismo poder ser gerido – prevenido, controlado e minimizado (Armstrong e Taylor, 2014).

O absentismo passou a ser considerado como fruto de um vasto conjunto de factores, bastante divergente em termos de tipologias de organizações, sectores, nacionalidade e perfil de trabalhadores o que deu origem à criação de novas contextualizações (Cohen e Golan 2014).

No caso de uma unidade do Serviço Nacional da Saúde, o absentismo pode ter repercussões muito graves, quer em termos internos, quer para os utentes, como

doentes e como cidadãos (Agapito e Sousa, 2010), pelo que é crucial que as organizações estejam comprometidas com estratégias adequadas de gestão dos seus recursos humanos e conscientes que a análise do absentismo é vital para conhecer e compreender os seus motivos e, por conseguinte, delinear medidas apropriadas para o prevenir, reduzir ou eliminar (Martocchio, 1992).

1.2 O conceito de Absentismo

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística o conceito de absentismo está definido como a “ausência do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado independentemente das suas causas e de se converterem ou não em faltas justificadas” (INE, 2018).

Para a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho (EUROFOUND) o absentismo é a incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou de enfermidade (Eurofound, 2017).

Segundo Peiró, Rodríguez e González-Morales (2008) o absentismo é um fenómeno característico e inevitável do mundo do trabalho, e independentemente da causa, ao exceder certos limites considerados normais, reflecte-se em quebras de produtividade o que compromete o desempenho da organização.

Cunha *et al.* (2015) afirmam que a definição mais simples e consensual do absentismo pode ser traduzida pela ausência inesperada de um trabalhador do seu local de trabalho, mas acrescenta que o absentismo pode ser voluntário ou involuntário, de curta ou longa duração, que a ausência pode ser ou não justificada, que a consequência mais evidente é a nula produtividade do trabalhador ausente e que o relacionamento em contexto de trabalho pode ser drasticamente afectado.

Graça (2002) define o absentismo numa perspectiva psicossociológica, como um comportamento de ausência, individual e exterior à instituição, que esta não pode prever e que remete para o âmbito das relações individuais de trabalho. Neste sentido, são excluídos fenómenos de ausência do foro das relações colectivas de trabalho, como por exemplo, as greves e outros conflitos sócio laborais e do foro da gestão interna da própria instituição, como por exemplo, formação profissional e trabalho suplementar.

Legalmente, o absentismo é a não comparência do trabalhador no local de trabalho durante a totalidade ou parte do período em que devia desempenhar a actividade a que está adstrito (Lei n.º 14/2018). No caso de horários flexíveis, considera-se ainda como falta, o período de tempo em débito apurado no final de cada período de

aferição. As faltas contam-se por dias inteiros, podem ser justificadas, desde que observado o respectivo condicionalismo legal, e injustificadas quando não contempladas no condicionalismo legal e designadamente quando não seja apresentada a prova legal ou quando o motivo invocado seja comprovadamente falso em conformidade com a legislação vigente (Lei n.º 35/2014). A Lei n.º 18/2016 de 20 de Junho define as 35 horas de trabalho como limite máximo semanal dos períodos normais de trabalho em Funções Públicas. Em relação às faltas passíveis de ser justificadas as mesmas estão claramente tipificadas no Código do Trabalho, no artigo 249º e estão salvaguardadas pelos seguintes enquadramentos: falecimento do cônjuge, parentes ou afins; prestação de provas em estabelecimento de ensino; impossibilidade de prestar trabalho devido a facto que não seja imputável ao trabalhador, nomeadamente doença, acidente ou cumprimento de obrigações legais; necessidade de prestação de assistência inadiável e imprescindível a membros do seu agregado familiar; justificadas pelo responsável pela educação de menor, para deslocação à escola tendo em vista inteirar-se da situação educativa do filho menor; ao abrigo do estatuto de trabalhador-estudante; por doação de sangue ou socorrismo; por férias; por eleição para as estruturas de representação colectiva; por eleição para cargos públicos, durante o período legal da respectiva campanha eleitoral; e ainda as autorizadas ou aprovadas pelo empregador ou que por lei forem como tal qualificadas, nomeadamente licenças de casamento, maternidade, paternidade e licenças sem vencimento.

As faltas justificadas não afectam os direitos do trabalhador, pelo que são remuneradas. De acordo com o artigo 255.º do Código do Trabalho, só determinam a perda de retribuição as faltas justificadas:

- por motivo de doença, quando o trabalhador beneficia de um regime de segurança social de protecção na doença;
- por motivo de acidente no trabalho, quando o trabalhador tem direito a um subsídio ou seguro;
- por assistência a membro do agregado familiar caso excedam quinze dias por ano, ou em conformidade com a alínea 2., trinta dias por ano, se o motivo da assistência for a deficiência ou doença crónica;
- autorizadas ou aprovadas pelo empregador.

Salvo algumas excepções expressamente previstas no Código de Trabalho (Lei n.º 14/2018), apenas as faltas injustificadas, que são determinadas por exclusão de todas as ausências que não se encontram legalmente estabelecidas como faltas

justificadas, constituem uma violação do dever de assiduidade, e, como resultado, podem enquadrar o despedimento por justa causa e determinarem prejuízos ou riscos graves para empresa ou se atingirem cinco dias seguidos ou dez dias interpolados, em cada ano civil (artigo 351.º).

Apesar de não ser plausível quantificar a percentagem de ausências voluntárias, aceites como ausências involuntárias em contexto de mercado de trabalho, estima-se que a sua existência é bastante elevada com graves impactos negativos quer para as organizações, quer para a sociedade em geral, pelo que compete à Gestão de Recursos Humanos identificar correctamente as suas causas, com registos fidedignos (Johns e Miraglia, 2015). A forma como a informação é recolhida e analisada sobre o absentismo, a sua credibilidade e actualidade, são aspectos cruciais, tendo em consideração que são suportes básicos à tomada de decisão em gestão. Sobre esta temática Johns e Miraglia (2015) destacam que frequentemente os trabalhadores têm tendência a subestimar o seu absentismo em comparação com os dados dos registos organizacionais, e quanto maior for o tempo que lhes é concedido para explicar os motivos individuais do absentismo menor é a sua precisão.

1.3 Principais causas do Absentismo

Entender as causas do absentismo laboral tem sido um problema de investigação difícil (Gellatly e Luchak, 2015). Parte do problema encontra como alicerce o facto dos pesquisadores durante décadas centrarem o absentismo em questões de comportamento individual (Johns e Miraglia, 2015). Mais recentemente a tendência tem sido olhar o absentismo no contexto de referenciais psicológicos de comportamento e estudar os efeitos dos factores de grupo e do comportamento da organização. Com base nesta tendência e no desenvolvimento de estudos que visam aumentar o conhecimento sobre o absentismo, tem sido possível contribuir para práticas de gestão mais eficazes (Gellatly e Luchak, 2015). No entanto, se em teoria o absentismo involuntário efectivo é algo inesperado e, portanto, difícil de combater, o absentismo de ordem voluntária emoldura precisamente o contrário, pelo que tem sido alvo de um interesse crescente de investigação por diferentes áreas do conhecimento (Tan e Hart, 2015). Tendo em consideração a análise da legislação nacional é plausível identificar como principais motivos de absentismo: a existência de um acidente de trabalho no percurso casa trabalho ou trabalho casa, o acidente de trabalho no local, a comparência em actividade sindicais ou a adesão à greve, o atraso nos transportes, o casamento, o cumprimento de pena, a doença, a necessidade de repouso durante a gravidez, o

falecimento de um familiar, a assistência a familiares, o exercício da responsabilidade parental, o exercício dos direitos estabelecidos na lei para os trabalhadores estudantes e a comparência em Tribunal por notificação, quer como testemunha, quer como arguido. No entanto, os motivos anteriormente apresentados estão centrados no indivíduo e ao alargarmos à relação com a organização deparamo-nos com critérios valorativos como, entre outros, a satisfação no trabalho (Plomp e Beek, 2014).

Segundo Gimeno *et al.* (2014), foi desde 1995 que a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Condições de Vida e de Trabalho incorporou questões relacionadas com a ausência por motivo de doença nas Pesquisas sobre Condições de Trabalho. O Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho (EWCS) é realizado desde 1990, e possibilita acompanhar as tendências a longo prazo no que se refere às condições de trabalho na Europa. Os temas abrangidos incluem a situação profissional, os modelos de organização do tempo de trabalho, a organização do trabalho, a aprendizagem e formação, os factores de risco físicos e psicossociais, a saúde e segurança, a participação dos trabalhadores, a conciliação entre a vida profissional e privada, rendimentos e segurança financeira, bem como trabalho e saúde. Regra geral a frequência de aplicação do inquérito é de cinco em cinco anos. No estudo publicado em 2000, que envolveu 15 países da União Europeia, a média global do absentismo na União Europeia por doença foi de 14,5%, variando entre 6,7% na Grécia e 24% na Finlândia (tabela 1). Comparando ambos os sexos, os homens apresentaram maiores percentagens de ausência por doença. As menores percentagens de absentismo por doença foram obtidas nos Países do sul da Europa.

Tabela 1 - Absentismo por doença na União Europeia em 2000

País	Total	Homens	Mulheres
	%	%	%
Alemanha	18,3	21,1	15,0
Áustria	16,0	20,4	12,1
Bélgica	15,6	15,4	15,8
Dinamarca	12,4	12,9	12,0
Espanha	11,8	13,5	8,6
Finlândia	24,0	22,0	25,7
França	14,3	15,4	12,9
Grécia	6,7	8,9	3,5
Irlanda	8,3	9,2	7,3
Itália	8,5	9,9	6,4
Luxemburgo	17,4	21,4	11,1
Países Baixos	20,3	21,8	18,9
Portugal	8,4	10,1	6,8
Reino Unido	11,7	13,3	10,0
Suécia	17,0	14,9	18,8

Fonte: Gimeno *et al.*, 2014, p.868

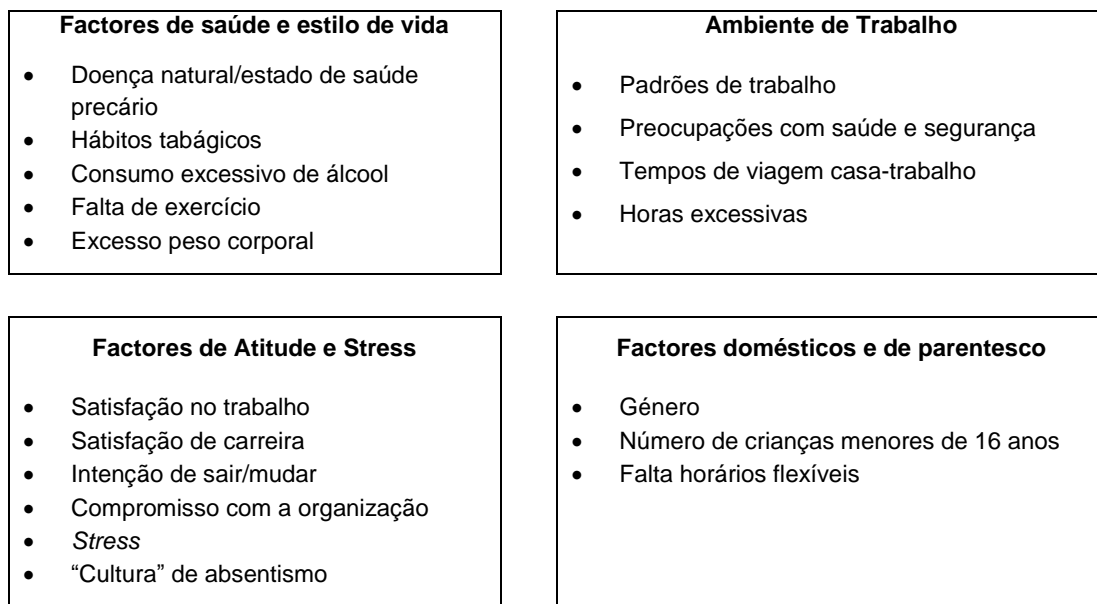
Como referem Gimeno *et al.* (2014) as discrepâncias de legislação, dos acordos colectivos de trabalho, as especificações sobre a remuneração do absentismo por doença e o grau de facilidade de acesso à obtenção de atestado médico comprovativo, entre os países, podem introduzir algum enviesamento dos dados pelo que o estudo apresentado deve ser considerado como indicativo.

Em conformidade com o Sexto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho (2016) cerca de 28% dos trabalhadores inquiridos afirmaram que faltaram no ano anterior cinco ou mais dias por razões de doença (Eurofound, 2017). O comportamento da distribuição do absentismo por género evidenciou 30% no caso de trabalhadoras femininas e 27% para trabalhadores masculinos. Este dado é interessante e contradiz estudos anteriores da mesma instituição em que os homens apresentavam valores percentuais de absentismo mais elevados do que as mulheres (Eurofound, 2017). A análise do absentismo por idades revela que os valores percentuais mais baixos se situam nos escalões etários inferiores: com idades inferiores a 35 anos a taxa de absentismo obtida foi de 25%, no escalão 35-49 anos a taxa de absentismo obtida foi de 28% e com mais de 50 anos a taxa de absentismo obtida foi de 32% (Eurofound, 2017).

De acordo com Luís Graça (2004) o ideal é que as taxas de absentismo se situem entre os 0 e 1%, mas pela informação disponibilizada pelo autor isso não é frequente. Para este autor “Portugal é dos países onde a situação é menos grave. E muito porque, por cá, os trabalhadores são penalizados quando se ausentam do trabalho” (Correio da Manhã, 2004). Para Peiró *et al.* (2008), as causas do absentismo estão essencialmente relacionadas com condições psicossociais de trabalho, nomeadamente a desadequação de competências, competências excessivas ou insuficientes, tarefas complexas, pressão devido ao cumprimento de prazos, baixo controle de tarefas, baixo nível de decisão, baixo apoio de pares, insegurança, assédio moral e comportamentos violentos no local de trabalho.

Efectivamente, não tem sido fácil identificar de uma forma precisa e consensual o absentismo, em virtude do mesmo estar enraizado em muitos aspectos da vida moderna. Para identificar as principais causas de absentismo Bevan e Hayday (1998) analisaram vários estudos e agruparam os principais motivos encontrados em quatro domínios: *Health and Lifestyle* (Factores de saúde e estilo de vida), *Workplace* (Ambiente de Trabalho), *Attitude and Stress* (Factores de Atitude e Stress) e *Domestic and Kinship* (Factores domésticos e de parentesco) apresentados na figura 1.

Figura 1 - Causas de Absentismo



Fonte: Adaptado de Bevan e Hayday, 1998 e de Hayday, 2005

Como é natural a saúde geral e estilo de vida dos trabalhadores revestem-se de especial importância sobre o absentismo. Dos estudos analisados por Bevan e Hayday (1998) praticamente todos associaram o tabagismo a uma maior incidência de absentismo. Da mesma forma, se observou uma forte ligação entre o absentismo e o consumo frequente e excessivo de bebidas alcoólicas. A identificação das causas de absentismo é essencial para estabelecer a diferença entre aqueles que estão inevitavelmente ausentes devido a doença e aqueles cuja saúde é afectada por factores sobre os quais o trabalhador ou empregador podem ter alguma influência. Uma das medidas que Bevan e Hayday (1998) e Hayday (2005) preconizam para combater o absentismo é a oferta de horários de trabalho flexíveis como forma de permitir uma melhor conciliação entre a vida profissional e a vida familiar. No entanto, a flexibilidade deve ser concebida em função de um equilíbrio trabalho-vida melhor, caso contrário, pode ser bastante prejudicial para a saúde e desempenho do trabalhador e por consequência, para o absentismo. No contexto da flexibilidade de horários incluem-se, entre outras possibilidades, a introdução de horários de início e término mais flexíveis, possibilidade de mudar de período integral para horários mais reduzidos, flexibilidade no estabelecimento de turnos e atribuição de licenças pontuais por acordo e em função das necessidades do trabalhador.

Em relação ao ambiente de trabalho existe um consenso bastante alargado sobre a sua influência no bem-estar pessoal e como consequência, no absentismo.

Alguns autores defendem mesmo que ambientes de trabalho negativos em geral

estão relacionados com a insatisfação no trabalho, o que gera um ciclo vicioso perigoso em termos de absentismo (Unruh, Lindell e Strickland, 2007).

A exposição a factores de risco, sejam eles de natureza física ou psicossocial, pode ter impactos negativos na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. Os factores de risco estão directamente relacionados com os locais de trabalho, com os critérios de escolha dos equipamentos, com os métodos de produção usados, com as técnicas de intervenção utilizadas, mas também, com as relações sociais no trabalho (Perista *et al*, 2017).

Em verdade, a forma como o trabalho é organizado e distribuído, em termos de volume, velocidade e tempo para cumprimento das tarefas, o ambiente entre colegas e chefias, clientes e demais parceiros é fundamental no sentimento de satisfação ou insatisfação no trabalho. Em caso de insatisfação o absentismo funciona como meio para evitar um ambiente hostil ou o desempenho de tarefas com maior grau de dificuldade ou mais exigentes emocionalmente. Os motivos de *stress* são por isso inúmeros (Kocakülâh *et al.*, 2009).

Segundo o Inquérito às condições de Trabalho em Portugal Continental realizado sobre o ano de 2016, cerca de 32% dos inquiridos revelaram a existência de um sentimento de *stress*, em relação ao trabalho (Perista *et al*, 2017). Em termos europeus 50% considera o *stress* uma situação comum no local de trabalho.

À semelhança de muitas outras questões relacionadas com a saúde mental, o *stress* é frequentemente motivo de incompreensão e estigmatização, razão pela qual a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho recomenda que seja abordado enquanto problema organizacional e não falha individual. Acrescenta ainda, que perante este tipo de abordagem, os riscos psicossociais e o *stress* podem ser controlados da mesma maneira que qualquer outro risco de saúde e segurança no local de trabalho (EU-OSHA, 2018).

Para a EU-OSHA (2018) o *stress* não deve ser confundido com pressão. A pressão é um elemento natural da vida e pode ter como origem muitas fontes diferentes (dentro e fora do trabalho). Pode assumir muitas formas, quer geradas pela própria pessoa (por ex., vontade de fazer um bom trabalho) quer por fontes externas (por ex., prazos impostos por terceiros). Algumas pessoas trabalham melhor com alguma pressão, mas não deve ser demasiada, para não gerar *stress*. O *stress* corresponde ao desequilíbrio entre as exigências que um trabalho impõe e os recursos físicos e mentais que o trabalhador tem disponíveis para lidar com essas exigências (EU-OSHA, 2018).

Apesar da experiência de *stress* ser psicológica, também afecta a saúde física das pessoas.

De acordo com a OMS (2010) “muito antes das regulações nacionais do trabalho e saúde entrarem em vigor, empresários aprenderam que era importante aderir a determinados códigos sociais e éticos relacionados aos trabalhadores como parte de seu papel na comunidade e como garantia do sucesso de seus empreendimentos”. Para este organismo existe suficientes evidencias que, a longo prazo, as empresas que promovem e protegem a saúde dos trabalhadores estão entre as mais bem-sucedidas e competitivas, e as que também usufruem de melhores taxas de retenção de funcionários. Ainda neste contexto a OMS (2010) menciona, como alguns dos factores que os empregadores necessitam de considerar, os seguintes:

- a) Os custos de prevenção *versus* os custos resultantes de acidentes;
- b) Consequências financeiras das violações jurídicas de leis e normas de segurança e saúde no trabalho;
- c) Saúde dos trabalhadores como importante património da empresa.

Em conformidade com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho os “riscos psicossociais decorrem de deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como, de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como *stress* relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão” (EU-OSHA, 2018). Um ambiente psicossocial positivo promove o bom desempenho, o desenvolvimento pessoal e profissional, e fomenta o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. O quadro 1 apresenta algumas condições de trabalho capazes de potenciar riscos psicossociais.

Quadro 1 - Condições de trabalho conducentes a riscos psicossociais

Condições de trabalho conducentes a riscos psicossociais
<ul style="list-style-type: none">• Cargas de trabalho excessivas;• Exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções;• Falta de participação na tomada de decisões que afectam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho;• Má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral;• Comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas;• Assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.

Fonte: Adaptado de EU-OSHA, 2018

É importante destacar que se considera cargas excessivas de trabalho, quando as exigências do trabalho superam a capacidade do seu cumprimento, e como resultado

são geradoras de riscos psicossociais. A exposição frequente a situações de *stress* prolongado, e sentimentos de insatisfação podem acabar por desenvolver problemas graves de saúde física e psíquica. Nos estudos desenvolvidos recentemente pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, “as causas mais referidas para o *stress* relacionado com o trabalho são a reorganização ou a insegurança laboral, as jornadas longas ou a carga de trabalho excessiva, bem como, o assédio e a violência no trabalho” (EU-OSHA, 2018).

A distância casa – local de trabalho, o tipo de transporte e o tempo gasto são variáveis vulgarmente referenciadas como motivos externos, mas com impactos directos nos comportamentos em ambiente de trabalho. Uma carga de horário excessiva, ou de responsabilidade, quer em termos organizacionais, quer em termos familiares e de parentalidade, também surgem frequentemente associados a fonte de *stress*. Como menciona Hayday (2005) diversos estudos sobre o absentismo evidenciam uma ligação forte com as responsabilidades domésticas e parentais, principalmente quando não existem mecanismos informais de apoio a bebés, crianças, jovens e terceira idade, razão pela qual a autora recomenda horários flexíveis como meio de resolução evitando que o trabalhador tenha que alegar motivo falso de doença.

Cucchiella, Gastaldia e Ranieri, (2014) consideram que existe maior ou menor propensão para o absentismo, em função das características individuais do trabalhador, da sua cultura, da relação contratual existente com a organização, do regime de protecção pelo que o trabalhador está abrangido e pelas condições do mercado de trabalho (quadro 2).

Quadro 2 - Factores que contribuem para a propensão do absentismo

Características individuais
Género, idade, capacidade económica, outras fontes de rendimentos.
Cultura
Atitude de responsabilidade. Grau de motivação. Nível de conhecimentos.
Regime contratual
Tipologia dos acordos contratuais e a flexibilidade organizacional. Penalização do absentismo.
Regime de protecção social
Não remuneração do absentismo. Possibilidade de remuneração do absentismo pela organização, pelo Estado ou Seguro.
As condições do mercado de trabalho
Facilidade de encontrar emprego. Taxa de desemprego.

Fonte: Adaptado de Cucchiella, Gastaldia e Ranieri, 2014

Cucchiella *et al.* (2014) salientam que o absentismo não deve ser encarado como um fenómeno simples, porque está ligado a uma pluralidade de causas e representa um sintoma de ineficiência social, económica e, sobretudo, organizacional. Para

defenderem a sua linha de pensamento estes autores recorrem à sociologia do trabalho e consideram o absentismo como indicador de um mau clima organizacional, de uma organização disfuncional e não motivadora, que não exige, mas também, não incentiva nem compensa de forma justa os trabalhadores. Centram o absentismo como fenómeno sociológico directamente ligado ao indivíduo, ao comportamento da empresa e às condições gerais de trabalho. Em termos práticos consideram o absentismo como resultado de conflitos psicossociais causados por uma deterioração significativa das relações entre o trabalhador e a organização (Cucchiella *et al.*, 2014).

Efectivamente, o absentismo é um fenómeno multifactorial e segundo Murcho e Jesus (2007, p.58) “não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim um conjunto de variáveis que podem levar ao absentismo, podendo ser visto como um reflexo do fracasso da socialização por parte dos trabalhadores, enquanto membros da empresa ou como um mecanismo de defesa face às pressões exercidas”. Por conseguinte, o sentimento de pertença e a valorização de um bom desempenho são factores que se revestem de especial importância, numa abordagem sobre o absentismo. Ainda sobre a posição dos autores anteriormente referenciados, os mesmos consideram que variáveis que alicerçam as causas do absentismo podem ser agrupadas em três grupos de factores distintos: factores organizacionais; factores individuais e factores do ambiente de trabalho.

De acordo com Nuno Tomás, director da *Ayming Portugal*, o absentismo surge como consequência directa do alheamento do trabalhador face à organização (Tomás, 2016). Segundo o Barómetro do Absentismo (quadro 3) a maioria dos directores de recursos humanos inquiridos elegeu como razões plausíveis para justificar o absentismo o tipo de tarefa a desempenhar e a falta de reconhecimento (Tomás, 2016).

Quadro 3 - Que razões podem explicar o Absentismo na sua empresa

Que razões podem explicar o Absentismo na sua empresa	%
Conteúdo do trabalho	52
Reconhecimento	51
Relações de trabalho	46
Saúde e Segurança no Trabalho	43
Flexibilidade e adaptabilidade do trabalho	41
Desenvolvimento profissional	36
Igualdade de Oportunidade	30

Fonte: Adaptado de Tomás, Barómetro do Absentismo, 2016

1.4 O Absentismo numa perspectiva de Gestão

1.4.1 Cálculo do Absentismo

A adopção de novos instrumentos e a procura de soluções inovadoras no âmbito da gestão têm levado as unidades hospitalares a modernizar-se e a reduzir custos, apesar das muitas limitações na sua autonomia. A procura incessante de novos modelos de gestão, que permitam acompanhar as transformações dos mercados e assegurem a sustentabilidade das organizações, tem gerado novos paradigmas e obrigado os responsáveis pela gestão de recursos humanos a atribuir especial atenção à problemática do absentismo. Mas não basta medir, é fundamental que os dados obtidos sejam analisados e incorporados em medidas e programas de melhoria. Contudo, e tendo em consideração a revisão bibliográfica efectuada, não existe uma única maneira de quantificar o absentismo, razão pela qual a fórmula utilizada depende da opção metodológica. De acordo com Graça (2002) o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social ao longo dos anos tem utilizado duas fórmulas, sendo que uma é mais exigente, pelo que existe um maior rigor de dados. Neste sentido para a opção um, implica apenas conhecer o total de horas de ausência e o potencial máximo anual, enquanto a opção dois, exige o conhecimento efectivo das horas efectivamente trabalhadas.

$$TA = \frac{\text{Total de Horas de Ausência (THA)}}{\text{Potencial Máximo Anual (PMA)}} \times 100$$

$$TA = \frac{\text{Total de Horas de Ausência (THA)}}{PT\text{Total de Horas Efectivamente Trabalhadas (THET)}} \times 100$$

O Potencial Máximo Anual (PMA) representa o número de horas de trabalho para uma organização por ano após serem subtraídos os feriados, as férias e os fins de semana.

O Total de Horas Efectivamente Trabalhadas (THET) representa o número de horas de trabalho contabilizadas, depois de ao Potencial Máximo Anual (PMA) se adicionar o Total de Horas de Trabalho Suplementar (THTS) e se deduzir as horas não trabalhadas, quer por absentismo (THA) quer por inactividade temporária (THIT).

Total de Horas de Inactividade Temporária (THIT) apresenta o conjunto de ausências do trabalhador, durante o período normal de trabalho a que está obrigado, independentemente do motivo de ausência.

Graça (2002) argumenta que o absentismo deve ser considerado em dois grupos: as ausências por motivo de doença natural ou profissional, e as atribuídas a acidentes de trabalho, e por conseguinte aceites pela entidade empregadora, pela Segurança Social e pelas Seguradoras; e outro grupo que inclui as ausências que são imputadas a outras causas que não a doença ou o acidente, como é o caso das licenças de maternidade/paternidade, a assistência inadiável, o exercício do direito de representação dos trabalhadores, a suspensão disciplinar, entre outras. Tendo em consideração a classificação mencionada o autor sugere o cálculo dos seguintes indicadores de absentismo:

1. A taxa global - (% de THA / THET);
2. A taxa específica por incapacidade (de curta ou longa duração), devida a doença e acidente - (% de THA por doença e acidente / THET).

O autor alerta ainda que a licença de maternidade, bem como, outras ausências, previstas no normativo legal e contratual, só podem entrar para o cálculo do absentismo global, nunca para o absentismo específico (Graça, 2002).

1.4.2 Custos do Absentismo

Para Tomás (2016) a medição feita pelas organizações sobre o absentismo, ainda mistura as faltas injustificadas com outras "menos geríveis", como as licenças parentais. É obvio que as perdas de produção motivadas pelo absentismo afectam o rendimento das organizações e, por isso, este tipo de custos deve ser estimado nas avaliações financeiras, mas a questão centra-se em como deve ser realizada e qual o aproveitamento que pode ser obtido desta informação (Mitchell e Bates, 2011). Objectivamente os utentes na qualidade de consumidores de serviços exigem cada vez mais por menos, o que obriga as organizações públicas e privadas, a fazer cada vez mais por menos, alterando estruturas de custos e procedimentos de gestão. Por isso, os desafios da Gestão de Recursos Humanos no sector de saúde são enormes. Mas é importante salientar que quando se fala em custo, fala-se, forçosamente, em sustentabilidade.

Em gestão tudo o que é previsível regra geral é passível de ser evitado, no entanto, em contexto de absentismo, nem sempre esta teoria pode ser aplicada - em primeiro lugar porque uma grande parte não é, nem previsível, nem voluntário, e em segundo lugar porque a parte mais gerível é extremamente complexa e carece de tempo para ser ultrapassada através da introdução de planos de melhoria das condições de

trabalho, da melhoria do clima organizacional e do reforço da motivação e satisfação no trabalho (Agapito e Sousa, 2010). Mais, é essencial ter em consideração que a própria tentativa de controlo de custos de absentismo de uma forma cega em saúde pode gerar ainda mais insatisfação e deterioração das condições de trabalho, com repercussões nas intervenções clínicas, logo, na qualidade dos cuidados prestados (Bugada, 2013). Cumpre ainda acrescentar, que os custos de absentismo em saúde mesmo quando apenas reduzidos a perdas de produtividade e não atendimento atempado, têm consequências sobre o absentismo dos utentes que procuraram os serviços, o que desencadeia um entrelaçar de consequências complexas e de difícil avaliação.

Para Tomás (2016) “a consequência máxima do absentismo é um alheamento ou um desprendimento do colaborador face à empresa, com tudo o que isso significa. Há um conjunto de pistas ou factores um bocadinho a montante do absentismo, antes da ausência do colaborador, que indiciam uma falta de compromisso com a organização e com a sua estratégia”.

De acordo com Peiró *et al.* (2008) para estimar o custo do absentismo devem ser analisados os seguintes itens e sempre que possível quantificados:

- a) Montante do seguro correspondente a dias de baixa por doença.
- b) Parte proporcional não trabalhada de pagamentos extras e férias.
- c) Taxas de acidentes de trabalho correspondentes a dias de licença e honorários de contingências comuns correspondentes aos dias de alta.
- d) Em caso de acidente de trabalho, salário no dia do acidente.
- e) No caso de a empresa completar até 100% de salário, o suplemento salarial.
- f) O trabalho que deveria ter sido feito em dias perdidos, se não houver substituição ou até que ocorra, pode ser realizado por horas extras, as quais carregam uma sobretaxa que tem de ser quantificada.
- g) Custos não salariais do substituto.

Aos custos anteriormente mencionados devem ser acrescidos um conjunto de factores que mesmo sendo de difícil quantificação devem ser objecto de análise e reflexão segundo Peiró *et al.* (2008):

- a) Em caso de acidente, tempo dedicado pelos acompanhantes dos feridos e perda de tempo em deslocações, consultas e tratamentos;
- b) Em caso de acidente, reparos de danos e instalações, equipamentos e materiais e pagamento de multas caso sejam aplicáveis;
- c) Perda de produtividade devido à diminuição do desempenho do trabalhador que substitui e custos adicionais do seu período de aprendizagem;

- d) Menor desempenho do trabalhador à data da sua reintegração;
- e) Clima organizacional: Por exemplo: baixa moral no trabalho como resultado de um acidente; clima organizacional de desigualdade devido a sobrecarga de trabalho.

Schreuder *et al.* (2013) alertam para que o fenómeno do presentismo quando o trabalhador de encontra doente parece ser mais comum do que a ausência por motivo de doença. O conceito de presentismo representa a presença física dos trabalhadores no seu local de trabalho, mas sem que essa presença se traduza necessariamente no desempenho pleno das suas funções e tarefas (Rozo e Casallas, 2015). Os custos de perdas de produtividade devido ao desempenho insuficiente associados a uma maior probabilidade de erro, são razões mais que suficientes para que também esta realidade seja tida em consideração nos planos saúde e bem-estar dos trabalhadores.

1.4.3 Prevenção e Controlo do Absentismo

A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais de centenas de milhões de profissionais em todo o mundo, pela sua suprema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, assim como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010). Neste contexto, a OMS desenvolveu um modelo vinculado a um processo organizacional de “melhoria contínua”, com o propósito de garantir que um programa de saúde, segurança e bem-estar atenda às necessidades de todos os interessados e seja sustentável ao longo do tempo (figura 2).

Figura 2– Modelo de processo de melhoria contínua para ambiente de trabalho saudável



Fonte: Adaptado de OMS, 2010

Nesta óptica, para que o esforço de implementação de programas de Prevenção e Controlo do Absentismo tenha sucesso é necessário mobilizar trabalhadores e empregadores. Para tal é muitas vezes necessário, inicialmente, recolher informações sobre as necessidades dos trabalhadores, seus valores e prioridades. Cada vez mais o ambiente de trabalho das organizações é multicultural, com diferentes valores, diferentes culturas, diferentes crenças religiosas e diferentes capacidades de resiliência.

Ultrapassada a etapa da mobilização, as partes interessadas já serão capazes de demonstrar o seu compromisso, reunindo os recursos necessários, incluindo uma equipe de trabalho que promoverá mudanças na empresa em busca de ambientes de trabalho saudáveis (OMS, 2010). A etapa de diagnóstico é, normalmente, a primeira tarefa que a equipa de trabalho executa, utilizando a informação existente e recolhendo a que for considerada pertinente. Sendo o objectivo a Prevenção e Controlo do Absentismo, obviamente que a saúde dos trabalhadores é um elemento fundamental a ser avaliado, nomeadamente através do absentismo por doença em geral, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, incluindo incapacidade de curto e longo prazos. Outro aspecto essencial a ser considerado é o estado de saúde individual dos trabalhadores. Esta informação pode ser obtida segundo a OMS (2010) “através de avaliação/diagnóstico confidencial ou em ambientes empresariais menores, em uma visita pela empresa com uma lista de verificação em mãos e/ou através de conversa com os gerentes, trabalhadores e, de forma ideal, com um profissional de saúde”. Os critérios para definição de prioridade devem ser estabelecidos em sintonia com análise da informação recolhida e em conformidade com o futuro desejado pela organização e trabalhadores. Estabelecidas as prioridades o próximo passo é desenvolver um plano. O plano deve ser simples, calendarizado e as metas a alcançar credíveis e exequíveis. Como o nome indica a etapa fazer consiste na implementação das actividades planeadas. A etapa da avaliação é vital para identificar que está e o que não está a correr bem, e para determinar as razões dos desvios. Com base na avaliação surge a etapa para reflectir e melhorar. Vivemos numa época de grandes mudanças, a qual exige que se questione permanentemente a utilidade dos planos e a pertinência de introdução de melhorias (OMS, 2010).

Segundo Kocakülâh *et al.* (2018) o primeiro passo na criação de um sistema de controlo para evitar o absentismo é desenvolver uma política de ausência, na qual se apresenta o que a organização espera, o que considera aceitável em termos de absentismo, o que considera trabalhadores ausentes e pouco empenhados. Os objectivos da organização devem estar claramente expressos, bem como, todas as

regras para as acções disciplinares. A política de absentismo deve ser comunicada a todos os trabalhadores, para que fiquem conhecedores e cientes das regras. Para estes autores, as hierarquias superiores devem liderar pelo exemplo, cumprindo o horário todos os dias e só se ausentando sem motivo de doença de acordo com a política da organização (Kocakülâh *et al.* 2018). Outro ponto importante para a prevenção e controlo do absentismo é uma política de Recrutamento Proactiva. Para Kocakülâh *et al.* (2018) uma política de absentismo não será significativa se os trabalhadores não forem contratados com base em altos níveis de competência e assiduidade, apesar de não desvalorizarem a formação continua como meio de melhorar competências. Destacam também a importância da comunicação, entre trabalhadores e organização, e, sugerem que o absentismo pode ser encarado de forma positiva e até benéfica para melhorar o moral dos trabalhadores e diminuir o presentismo. Recomendam uma liderança pelo exemplo e pelo reconhecimento do mérito, em que os trabalhadores devem ser permanentemente motivados em direcção à concretização dos objectivos da organização. Da mesma forma que aconselham procedimentos disciplinares para níveis de absentismo inaceitáveis, sugerem que o não ou fraco absentismo deve ser recompensado com benefícios, atribuindo especial relevo às compensações financeiras (Kocakülâh *et al.* 2018).

Para Goldgruber e Ahrens (2010) o desenvolvimento de programas de promoção da saúde no local de trabalho assentam numa visão de racionalidade económica que visa reduzir custos e aumentar a produtividade, razão pela qual representam uma resposta aos elevados níveis de absentismo, mas que, no entanto, em termos de eficácia regra geral continuam a surtir pouco efeito. Esta constatação visa alertar para que grande parte das doenças da sociedade moderna são causadas principalmente por comportamentos não saudáveis e, portanto, evitáveis, o que obriga a intervenções nas áreas de actividade física e nutrição. De acordo com estes autores uma das pedras basilares que qualquer plano de promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho deve apostar é no incentivo à adopção de estilos de vida mais saudáveis e num melhor controlo do *stress*. Em simultâneo com a prevenção de cariz comportamental urge reflectir sobre a prevenção relacional que pode ser aperfeiçoada pela alteração das condições de trabalho, uma liderança mais participativa ou intervenções na cultura organizacional (Goldgruber e Ahrens, 2010).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho não existe um modelo normalizado de promoção da saúde no local de trabalho, pelo que cada organização necessita de adaptar os princípios fundamentais da promoção da

saúde no local de trabalho às suas especificidades, conjugando os interesses da organização com as necessidades dos trabalhadores (EU-OSHA, 2010). A finalidade de promover a saúde e bem-estar no local de trabalho é a redução dos custos relacionados com a doença e o aumento da produtividade, através de mão-de-obra mais saudável, mais motivada, mais empenhada, com maior espírito de equipa e mais resiliente. No entanto, cumpre salientar como alerta a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho que não faz sentido aplicar um programa de promoção da saúde no local de trabalho sem oferecer também um ambiente de trabalho seguro e saudável, se não se implementar uma gestão adequada do risco, e se não se for além dos requisitos legais. A promoção da saúde no local de trabalho baseia-se em acções voluntárias de ambas as partes pelo que só poderá produzir resultados se estiver integrada a título permanente em todos os processos organizacionais (EU-OSHA, 2010).

Um dos elementos mais importantes para a aplicação eficaz da promoção da saúde no local de trabalho é o empenho continuado de todas as partes envolvidas. Assim, é essencial gerir esse empenho, a fim de evitar um conflito entre o programa de promoção da saúde no local de trabalho e as práticas de gestão. Neste contexto, o quadro 4 apresenta algumas medidas propostas pela EU-OSHA em 2010.

Quadro 4 - Medidas de promoção da saúde no local de trabalho

Exemplos de medidas de promoção da saúde no local de trabalho

Medidas organizacionais:

- proporcionar horários de trabalho flexíveis; permitir que os trabalhadores participem na melhoria da organização do seu trabalho e do seu ambiente de trabalho; proporcionar aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem ao longo da vida.

Medidas ambientais:

- disponibilizar espaços sociais; aplicar a proibição de fumar generalizada; proporcionar um ambiente de trabalho incentivador no plano psicossocial.

Medidas individuais:

- oferecer e financiar cursos e eventos desportivos; incentivar uma alimentação saudável; disponibilizar programas de desabituação tabágica; apoiar o bem-estar mental, por exemplo, disponibilizando acompanhamento psicossocial anónimo externo e aconselhamento e formação anti-stress.

Fonte: Adaptado de EU-OSHA, 2010

A comunicação é particularmente importante para fomentar o envolvimento dos trabalhadores. Sempre que um trabalhador estiver ausente por motivo de doença de longa duração a organização deve manter um contacto regular. Apenas mantendo um contacto regular a organização demonstra que se preocupa, que cuida, reforça o sentimento de pertença e incentiva o regresso do colaborador (EU-OSHA, 2010).

2 - O Absentismo em Saúde

2.1 Enquadramento da problemática nacional

O último Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponível é referente a 2016 e revela que houve um acréscimo superior a três mil trabalhadores relativamente a 2015. No período entre 2010 e 2016, o número de trabalhadores nas entidades do Ministério da Saúde e no Serviço Nacional de Saúde atingiu o número mais elevado em 2016, com 129.915 funcionários, dos quais 97,3% se encontravam afectos às entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares (Portugal. MS. SNS, 2018). Em termos absolutos, os enfermeiros foram o grupo profissional no qual se verificou o maior crescimento com mais de 1.778 profissionais relativamente ao ano anterior. No que se refere aos médicos especialistas do Serviço Nacional de Saúde, verifica-se um decréscimo entre 2010 e 2014 na ordem dos 5 %, posição invertida só em 2015, ano em que o número de especialistas volta a crescer, atingindo em 2016 os 17.800 especialistas, ultrapassando os valores de 2010. Em 2015 e 2016 no que concerne aos assistentes técnicos e operacionais, o aumento registado foi bastante ligeiro (Portugal. MS. SNS, 2018).

Relativamente ao absentismo segundo os dados disponibilizados no Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (2016) a taxa geral de ausências registou um aumento face aos valores registados nos anos anteriores e situou-se em 10,7% como mostra a tabela 2.

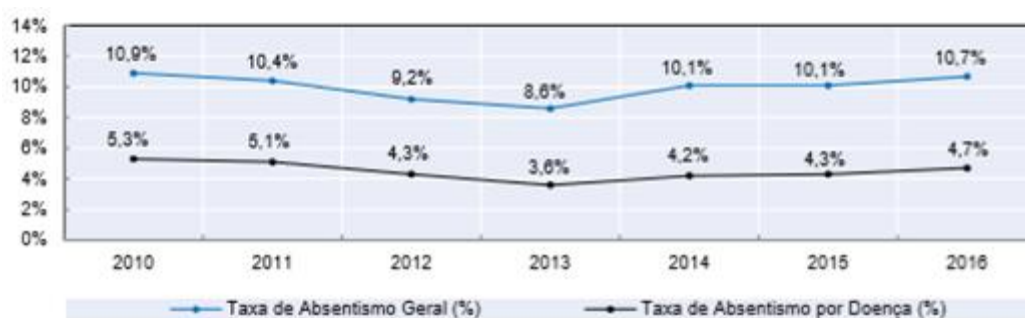
Tabela 2 - Evolução da Taxa de Absentismo

Taxa Absentismo	%
2010	10,9
2011	10,4
2012	9,2
2013	8,6
2014	10,1
2015	10,1
2016	10,7

Fonte: Adaptado de Portugal. SNS, 2017

O gráfico 1 apresenta a comparação da evolução da taxa de absentismo geral e por doença entre 2010 e 2017 e é interessante verificar que existe uma semelhança de comportamento.

Gráfico 1 - Evolução da Taxa de Absentismo geral e por doença (2010-2016)



Fonte: Adaptado de Portugal. MS. SNS, 2018

Na tabela 3, não se apresenta o ano de 2017, em virtude de os dados ainda não estarem disponíveis. Em relação ao ano de 2016 registaram-se 3.698.608 dias de ausências, em que a principal causa foi o motivo de doença (46,64%), logo seguida do motivo por protecção na parentalidade (32,75%). Face a 2015 motivo de doença aumentou 9,6% e o motivo por protecção na parentalidade 12,7%.

Tabela 3 - Total de dias de ausência por motivo de ausência

Motivo de ausência	2015	%	2016	%
Doença	1.573.209	46,35	1.724.921	46,60
Protecção na Parentalidade	1.074.730	31,66	1.211.354	32,80
Por acidente serviço ou doença profissional	183.945	5,50	196.600	5,30
Assistência a familiares	28.245	0,08	36.185	1,00
Trabalhador-estudante	24.905	0,70	30.553	0,80
Por conta do período de férias	22.277	0,70	19.794	0,50
Com perda do vencimento	1.580	0,05	1.683	0,05
Cumprimento de pena disciplinar	976	0,20	1.061	0,03
Greve	79.225	2,40	68.443	1,90
Injustificadas	15.280	0,60	16.669	0,50
Casamento	23.938	0,70	25.003	0,70
Falecimento de familiar	28.291	0,80	28.125	0,80
Outras	337.519	10,00	338.217	9,10
Total geral	3.394.120	100%	3.698.608	100%

Fonte: Portugal. SNS, 2017

Tendo em consideração as principais causas de absentismo verificadas em 2016, por doença natural e protecção na parentalidade o absentismo representou mais de 2,9 milhões de dias de trabalho perdidos (79,4%) valor bastante superior ao verificado em 2014 (tabela 4).

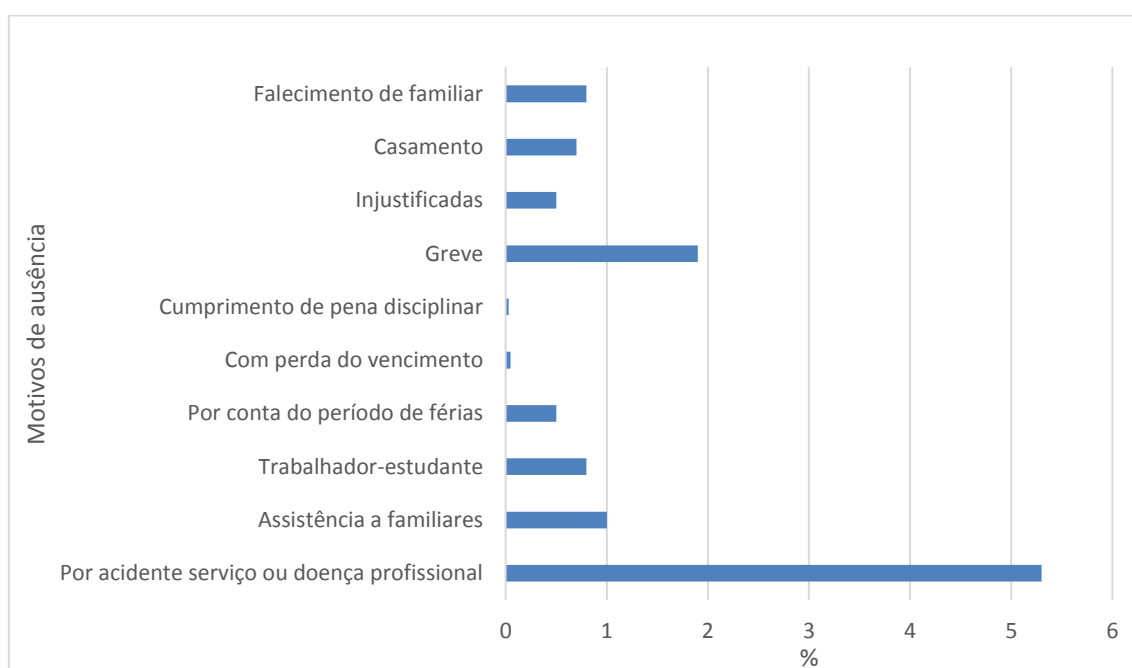
Tabela 4 - Total de dias ausência pelos dois principais motivos

Dias de ausência pelos principais motivos	2014	%	2015	%	2016	%
Doença	1.154.668	43,33	1.573.209	46,35	1.724.921	46,60
Protecção na Parentalidade	836.176	31,38	1.074.730	31,66	1.211.354	32,80
Total de ausência	1.990.844	74,1	2.647.939	78,01	2.936.275	79,4
Total geral de ausências	2.665.078		3.394.120		3.698.608	

Fonte: Portugal. SNS, 2017

Para uma melhor visualização da realidade vivenciada em relação aos motivos de ausência na elaboração do gráfico 2 foram retirados os dois motivos principais (doença natural e parentalidade).

Gráfico 2 – Motivos de ausência com exclusão dos principais



Fonte: Portugal. SNS, 2017

Os grupos profissionais de maior dimensão são os enfermeiros, com 32,6% do total de efectivos, os médicos com 21,3% e os assistentes operacionais que detém 20,3% do total de trabalhadores (tabela 5).

Tendo em consideração que o absentismo por licenças de maternidade e parentalidade de certa forma está relacionado com a idade, cumpre destacar que em contexto hospitalar os enfermeiros têm uma grande representatividade nas faixas etárias mais jovens, especialmente na ordem dos 32 a 34 anos de idade. De salientar

que cerca de metade (aproximadamente 52%) dos enfermeiros têm menos de 40 anos de idade. Este factor, conjugado com a sua distribuição por género, influenciam significativamente a taxa de absentismo deste grupo profissional (Portugal. MS. SNS, 2018).

Tabela 5 - Trabalhadores por grupo profissional

Grupos Profissionais	Trabalhadores	%
Médicos	27.618	21,3
Enfermeiros	42.393	32,6
Técnicos superiores de saúde	1.714	1,3
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	8.207	6,3
Assistentes técnicos	16.507	12,7
Assistentes operacionais	26.412	20,3
Outros ¹	7.064	5,4
Total	129.915	100,0

Fonte: Portugal. MS. SNS, 2017

A tabela 6 apresenta a distribuição dos trabalhadores por grupo profissional e tipo de entidade, da qual se destacam os estabelecimentos hospitalares como os maiores empregadores do Sistema Nacional de Saúde.

Tabela 6 - Total de trabalhadores por tipo de entidade e grupo profissional

Entidade	Administrações Regionais	Estabelecimentos Hospitalares	Unidades Locais	Serviços Centrais
Médicos	7.000	18.098	2.456	64
Enfermeiros	6.971	30.379	4.842	201
Técnico Superior de Saúde	427	999	160	128
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	810	6.317	856	224
Assistente Técnico	5.374	8.660	1.906	567
Assistente Operacional	2.297	21.015	2.881	219
Total	24.131	88.603	13.652	3.529

Fonte: Portugal. MS. SNS, 2017

2.2 Absentismo hospitalar em números

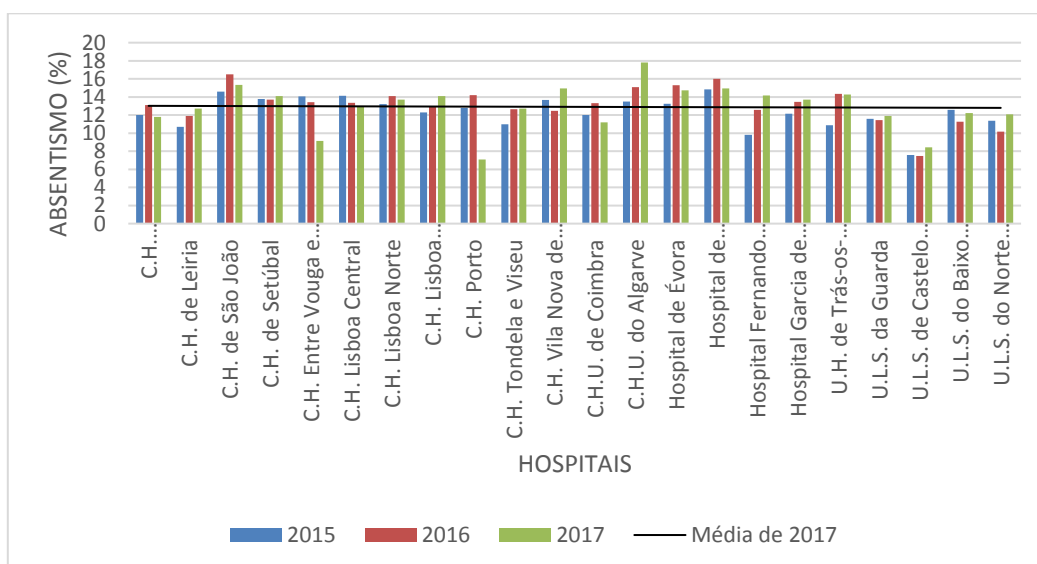
De acordo com o INE (2018) existem em Portugal 225 hospitais, 114 pertencem aos serviços oficiais de saúde (110 hospitais públicos e quatro em Parceria Público-Privada) e 111 são privados (49,3%). Em relação a Portugal Continental existem 208

¹Em "Outros" estão incluídos, nomeadamente, o pessoal técnico superior, o pessoal de informática e os técnicos de emergência pré-hospitalar.

(INE, 2018). Para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo foram seleccionadas vinte e duas instituições, com base na dimensão e na localização em capitais de distrito de Portugal Continental, tendo-se obtido em 2017 uma taxa média de absentismo geral de 12,90 % e uma taxa média de absentismo por doença de 5,75%.

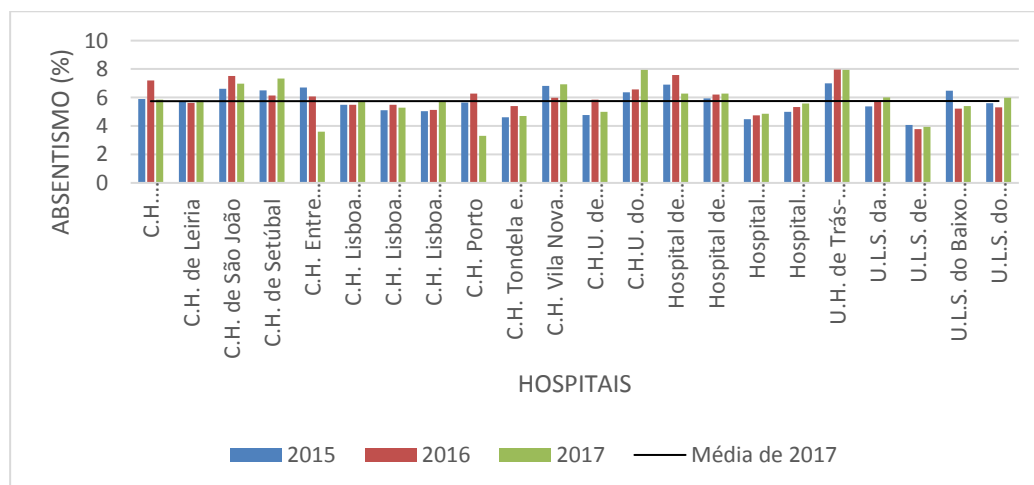
Observou-se, ainda que a maioria dos hospitais analisados registou entre 2016 e 2017 um aumento da taxa de absentismo geral. Da análise efectuada destacaram-se três hospitais com taxas de absentismo geral visivelmente superiores à média, o Centro Hospitalar do Algarve (17,8%), o Centro Hospitalar de S. João (15,34%), e o Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (14,95%). O Centro Hospitalar do Porto e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco foram as instituições que obtiveram a menor taxa de absentismo geral e absentismo por doença como evidenciam os gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 - Taxa de absentismo hospitalar geral (2015-2017)



Fonte: Adaptado de Portugal. MS. SNS, 2018

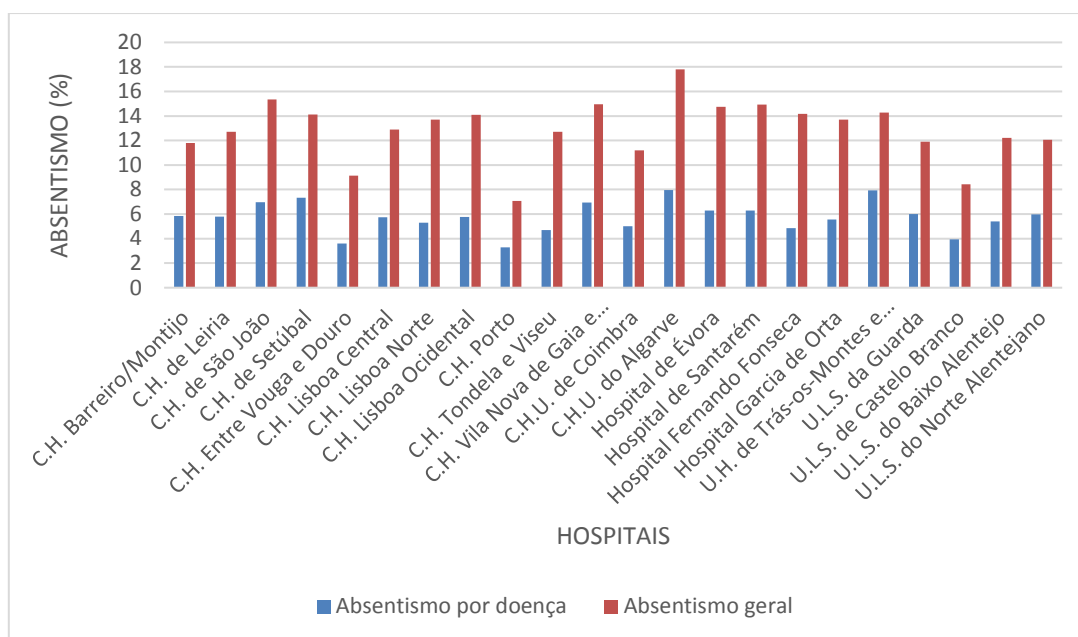
Gráfico 4 - Taxa de absentismo hospitalar por doença (2015-2017)



Fonte: Adaptado de Portugal. MS. SNS, 2018

As ausências involuntárias, nomeadamente por doença, a serem verdadeiras e não uma camuflagem de outros motivos como a insatisfação profissional são um indicador muito importante na definição de medidas preventivas do absentismo. No gráfico 5 apresenta-se a comparação do motivo por doença com a taxa geral.

Gráfico 5 - Comparação entre o Absentismo geral e por doença em 2017



Fonte: Portugal. MS. SNS, 2018

Outro aspecto que foi considerado interessante de analisar foi qual a importância atribuída ao absentismo nos Relatórios de Contas de alguns Hospitais de Portugal Continental.

O Relatório e Contas é um documento produzido anualmente pelas empresas e outras organizações, constituído essencialmente por duas partes. Numa primeira parte descreve-se a actividade, o desempenho da empresa e o contexto em que a mesma foi desenvolvida e numa segunda as contas, com base em mapas contabilísticos específicos.

O principal objectivo do Relatório e Contas é o de colocar à disposição das partes interessadas toda a informação que permite a correta avaliação do desempenho da empresa em causa, pelo que não deixa de ser curioso que uma problemática tão actual como o absentismo não seja praticamente mencionada (quadro 5).

Quadro 5 - O Absentismo nos Relatórios de Contas

	O relatório aborda o Absentismo	O relatório aborda os custos do Absentismo
Centro Hospitalar de Leiria	X	X
Centro Hospitalar de Lisboa Norte	✓	X
Centro Hospitalar de Lisboa Central	✓	X
Centro Hospitalar de São João	✓	X
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo	✓	X
Hospital Fernando da Fonseca	X	X
Hospital Garcia De Orta	✓	X
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	X	X
Unidade Local de Saúde da Guarda	X	X
Centro Hospitalar do Algarve	X	X
Centro Hospitalar de Setúbal	X	X
Hospital de Santarém	✓	X
Hospital do Espírito Santo de Évora	✓	X
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	✓	X
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	✓	X
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	✓	X
Hospital de Trás os Montes e Alto Douro	✓	X
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	✓	X
Centro Hospitalar de Tondela - Viseu	X	X
Centro Hospitalar Porto	X	X

Fonte: Dados obtidos a partir dos relatórios de contas dos Hospitais em estudo e acima referidos

É patente nos relatórios e contas publicados pelos vários Hospitais mencionados no quadro 5 a falta de consenso no cálculo da Taxa de Absentismo, sobretudo, no total anual de dias trabalháveis. Alguns contemplam todos os dias uteis do ano, outros consideram os dias uteis excepto feriados e férias. Esta discrepância altera os valores reais das taxas e deve ser motivo de reflexão, tendo em consideração que a permissividade sobre o absentismo, esconde frequentemente falhas na gestão de recursos humanos.

Efectivamente, e face aos resultados obtidos e apresentados no quadro 5 é plausível afirmar que estamos perante um acontecimento que tem diversos custos e constrangimentos, o que nem sempre é reconhecido devidamente pelas organizações. Neste contexto, é fundamental que as empresas façam uma gestão adequada dos seus

recursos humanos, o que inclui a construção de um novo olhar sobre o absentismo, como salientam Gellatly e Luchak (2015).

Outro aspecto importante incide na questão de alguns hospitais apenas analisarem a taxa de absentismo por motivo, sendo recomendável que a mesma seja analisada como um todo (taxa de absentismo geral) e em particular pelos diferentes motivos. Só perante uma análise desta natureza é possível perceber qual o motivo com maior impacto, e, por conseguinte, desenvolver intervenções e medidas concretas de prevenção e controlo.

Neste sentido também cumpre destacar a necessidade de homogeneidade da fórmula de cálculo, entre as diferentes instituições.

Tendo em consideração as práticas mais utilizadas sugere-se que se aplique a seguinte fórmula para o cálculo do absentismo:

$$\text{Taxa de absentismo} = \frac{\text{Nº de horas de ausência}}{\text{Total anual de horas trabalháveis}} \times 100$$

Sendo, Taxa anual de horas trabalháveis – TAHT

TAHT=[total trabalhadores X nº horas trabalho por dia X nº dias trabalho por ano]x 100

e

Nº dias de trabalho por ano = (52 semanas X 5 dias uteis) – (feriados e férias)

II – Operacionalização da investigação

1 - Objectivos

1.1 Objectivos Gerais

Tendo como premissa que o absentismo tem elevados custos e prejuízos a si associados, para os colaboradores, para as organizações, e para a sociedade, o presente estudo visa conhecer a situação actual vivenciada no sector de saúde em geral e em particular na unidade do centro hospitalar em análise.

Neste contexto, a presente investigação foi desenvolvida com o objectivo geral de conhecer, compreender e analisar o absentismo por doença dos profissionais de saúde de uma unidade de um centro hospitalar localizado em Portugal continental em 2015, 2016 e 2017.

1.2 Objectivos Específicos

Como objectivos específicos foram considerados:

- Caracterizar a unidade do centro hospitalar em estudo;
- Caracterizar o absentismo por doença dos médicos, dos enfermeiros e dos assistentes operacionais de uma unidade do centro hospitalar em estudo entre 2015 e 2017;
- Estimar os custos do absentismo por doença dos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais da unidade do centro hospitalar em estudo entre 2015 e 2017;
- Estudar possíveis associações entre as características sociodemográficas dos profissionais e as taxas de absentismo por doença da unidade do centro hospitalar em estudo entre 2015 e 2017;
- Identificar e desenvolver recomendações que permitam prevenir a ocorrência do absentismo por doença através da promoção da saúde e bem-estar no trabalho.

2 - Metodologia

2.1 Delimitação e desenho do estudo

Em termos metodológicos a decisão recaiu no desenvolvimento de um estudo transversal, com uma componente qualitativa e outra quantitativa. A componente

quantitativa engloba também uma componente analítica de estudo de dados retrospectivos.

De acordo com Freixo (2013) o método de investigação descritivo assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de factores que possam estar relacionados com o fenómeno em estudo. Assim, optou-se por combinar as valências do enfoque quantitativo através da análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos em termos nacionais e dos dados disponibilizados pela unidade do centro hospitalar em estudo, com uma abordagem qualitativa, alicerçada em entrevistas individuais semiestruturadas de perguntas abertas.

A pesquisa desenvolveu-se em quatro etapas. Na primeira etapa, e com base na revisão de literatura, foram identificados os fundamentos teóricos que serviram como alicerce ao desenvolvimento da investigação sobre o conceito e causas do absentismo. Na segunda etapa e tendo como base que uma pesquisa é um processo sistemático de construção de conhecimento foi recolhida informação numa perspectiva de gestão com destaque para as formas de cálculo, custos, medidas de prevenção e controlo do absentismo. Para uma melhor compreensão sobre a problemática em estudo, optou-se ainda por recolher informação sobre o absentismo em números no sector da saúde em Portugal, com especial destaque para o contexto hospitalar. Na terceira etapa procederam-se às diligências necessárias para recolha dos dados junto do Centro Hospitalar. Como critério de inclusão no estudo quantitativo foram consideradas as categorias profissionais com maior número de ausências por motivo de doença. Foram ainda realizadas entrevistas semiestruturadas como meio para completar e melhorar a investigação. Na quarta etapa, procedeu-se à análise, ao tratamento dos dados e da informação recolhida nas entrevistas o que permitiu a sua apresentação, discussão e elaboração de conclusões.

2.2 População e amostra

A população em estudo foram os Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais que constituem o quadro do hospital em estudo.

Apurou-se que as categorias profissionais com mais ausências por doença (pelo menos um dia) no período entre 2015 e 2017, foram os médicos (197), os enfermeiros (490) e os assistentes operacionais (575), constituindo uma amostra de 1.262 profissionais. Estes profissionais desenvolvem as suas actividades em todas as áreas

da unidade hospitalar, desde serviços de prestação de cuidados, serviços de suporte à prestação de cuidados e serviços de gestão e logística. A tabela 7 evidencia o valor da amostra em proporção com a população de Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais da instituição. Pode-se observar que a informação dos dados obtidos representa em média 25,7% do total de colaboradores das três categorias profissionais analisadas.

Tabela 7 - Proporção de amostra analisada no período de 2015 a 2017

Fonte	2015	2016	2017
Amostra	413	416	433
População	1.580	1.640	1692
Proporção analisada	26,1%	25,4%	25,6%

Fonte: Portugal. MS. Centro Hospitalar em estudo. 2017

2.3 Recolha de dados

A disponibilização dos dados foi efectuada no dia 20 de Março de 2018 e decorreu do contacto com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar, e consequente cedência dos mesmos por parte do serviço de Recursos Humanos da instituição, através de uma tabela em Excel com os dados totalmente anónimos.

Os dados disponibilizados pela instituição em estudo, para aferir o absentismo tiveram como base os Balanços Sociais de 2015, 2016 e 2017, e as categorias profissionais com maior número de dias de ausência por doença.

Para enriquecer o estudo foram consultados diversos suportes de informação, sobretudo digitais, como o portal da transparência do SNS, os relatórios do balanço social do Ministério da Saúde e as publicações efectuadas pelo Gabinete de Estudos e Planeamento. A recolha de informação referente à caracterização da instituição de saúde, foi obtida no portal do SNS.

Os restantes dados e documentos necessários para a elaboração deste trabalho foram consultados na base de dados do Centro de Documentação e informação da Escola Nacional de Saúde Pública, local onde estão disponíveis livros, revistas, dissertações de mestrado e teses de doutoramento.

2.4 Análise de dados

2.4.1 Dados quantitativos

Os dados disponibilizados pela unidade do Centro Hospitalar em estudo foram alvo de tratamento estatístico através da utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 e *Microsoft Excel* 2013.

As variáveis quantitativas foram categorizadas, por forma a serem determinadas as frequências em valor absoluto e relativo. Para estas mesmas variáveis foram calculadas as principais estatísticas descritivas como a média, mediana e desvio padrão. O estudo de associações entre variáveis quantitativas foi efectuada através do coeficiente de correlação de *Spearman*.

Finalmente, para verificar a associação entre algumas variáveis qualitativas foi utilizado o Teste de Qui quadrado e foi aceite um nível de significância de 5%.

Para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, na componente de análise quantitativa foram também incorporados dados sobre o absentismo em termos de Portugal Continental, os quais foram alvo de análise e tratamento estatístico com base em medidas descritivas e recurso ao programa *Microsoft Excel* 2013.

Como estamos perante um fenómeno que envolve custos e quebras de produtividade e que a medição feita pelas organizações frequentemente mistura as faltas injustificadas com outras "menos geríveis", como as licenças parentais, optou-se ainda pela elaboração, mesmo que de uma forma muito linear, pelo apuramento dos custos com base nos dias de ausência contabilizados por doença, e nos valores dos vencimentos líquidos médios por categoria profissional. Tendo em consideração apenas estas duas variáveis apurou-se uma estimativa de custos, com substituição e sem substituição, como forma de evidenciar a pertinência do fenómeno em estudo. Para tal recorreu-se ao método proposto por Mitchell e Bates (2011) no artigo *Measuring health-related productivity loss*. Para o cálculo dos custos contabilizaram-se o número de dias de ausência por doença, multiplicado pelo salário líquido médio por hora de cada categoria profissional, multiplicado pelo número de horas de trabalho diário, multiplicado por 1,83 no caso de substituição ou multiplicado por 0,83%, se não houver substituição.

2.4.2 Dados qualitativos

Sobre a componente de análise qualitativa cumpre destacar a opção pela realização de entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada, apesar de ser baseada num guião, aproxima-se mais duma conversação focada em determinados assuntos, do que duma entrevista formal (Hill e Hill, 2008) pelo que foi considerada adequada como técnica para aprofundar a investigação.

É importante salientar que a entrevista semiestruturada não é um sistema tão rígido como as entrevistas estruturadas pelo que a forma de perguntar e a ordem em que as questões são feitas poderão variar de acordo com as características de cada entrevistado (Lakatos e Marconi, 2003). Neste sentido, e apesar de ter sido construído um guião de entrevista (quadro 6) optou-se por privilegiar alguma liberdade ao entrevistado para exprimir e justificar livremente a sua opinião, o que numa perspectiva de valorização da informação, é relevante, mas dificulta o tratamento da informação, razão pela qual se optou pela análise individual, uma a uma (cf. Apêndice 2).

Quadro 6 - Guião de Entrevista

Etapas	Objectivos	Tópicos/Questões
I – Legitimação da entrevista	Explicar os objectivos do estudo e realçar a importância da entrevista.	Valorizar o contributo do entrevistado motivando a sua participação. Garantir a confidencialidade e anonimato
II - Caracterização do entrevistado	Recolha de dados académicos e profissionais.	Género. Grau académico. Cargo. Anos de serviço
Etapas/Objectivos	Tópicos/Questões	
III - Quantificação Absentismo	Tem conhecimento dos valores de absentismo existente na instituição? Tem conhecimento dos valores de absentismo existente no seu serviço?	
IV - Causas do Absentismo	Posso referir que nesta instituição em 2017 a taxa de absentismo geral foi de 13%. Como interpreta estes valores? Considera que existem outros motivos relevantes que influenciam o absentismo?	
V - Efeitos do Absentismo	Que repercussões/consequências têm existido nas equipas, na gestão dos cuidados e na prática de cuidados?	
VI - Medidas preventivas e de controlo	Quais as medidas preventivas e de controlo adoptadas pelas chefias e pela administração da instituição? Como analisa os resultados? Na sua opinião que medidas poderiam ser adoptadas para reduzir este fenómeno?	

2.5 Variáveis em estudo

Os dados obtidos relativamente aos funcionários da unidade do Centro Hospitalar, são analisados através de nove variáveis sociodemográficas, sobre as quais cumpre destacar:

- A variável qualitativa nominal Género, referindo-se à dicotomia masculino e feminino;
- A variável qualitativa nominal Categoria Profissional, traduzindo-se nas classes médico, enfermeiro e assistente operacional;
- A variável quantitativa contínua Idade, tendo a mesma sido classificada nas classes até aos 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 ou mais anos, passando assim a ser qualitativa ordinal;
- Na variável quantitativa contínua Dias de Ausência, foram corrigidos todos os dias acima de 250 de forma a coincidir com o total de dias uteis, isto é, os dias possíveis de trabalhar durante o ano. Para efeitos de cruzamento com as variáveis sociodemográficas, esta variável quantitativa contínua foi categorizada em duas formas: até 7 dias e mais de 7 dias; até 30 dias e mais de 30 dias, passando a ser uma variável qualitativa ordinal.
- A variável qualitativa nominal Habilitações, classificada em elementos até ao 12º ano, bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento e curso técnico profissional.
- A variável qualitativa nominal Serviço, com as seguintes categorias, internamento cirúrgico, internamento médico, urgências, outros serviços, consultas, apoio à prestação de cuidados e serviços de gestão logística.
- A variável qualitativa nominal Vínculo Laboral, categorizada nos funcionários com contracto de trabalho em funções públicas (CTFP) e os trabalhadores com contracto individual de trabalho (CIT).
- A variável quantitativa contínua Anos de Experiência, tendo sido categorizada nas classes até 10 anos, 11 a 20 anos, mais de 21 anos, passando a ser qualitativa ordinal.
- Por último, a variável qualitativa nominal Estado Civil, classificada em funcionários solteiros, casados/união de facto, divorciados e viúvos.

2.6 Questões éticas

Por uma questão ética e em respeito pela protecção de dados, foi salvaguardada a identidade da instituição, o anonimato da base de dados e a identificação dos entrevistados.

3 - Apresentação dos Resultados

3.1 Caracterização da Instituição

A unidade do Centro Hospitalar em estudo tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os hospitais integrados na rede do SNS. Possui cerca de 450 camas e emprega cerca de 2.000 funcionários. Relativamente aos profissionais de saúde, os mesmos integram normalmente equipas multidisciplinares, que envolvem Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas de Fala e Assistentes Operacionais.

A unidade do Centro Hospitalar presta cuidados de saúde e colabora na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegura condições de investigação e de formação profissional aos respectivos colaboradores. Para a consecução desta missão pauta-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade humana; respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa; prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua actividade; desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional e primado do doente (Portugal. MS. Centro Hospitalar em estudo, 2017). Na tabela 8 apresenta-se a distribuição dos colaboradores por categorias profissionais em termos absolutos e relativos, para os três anos em análise.

Tabela 8 - Distribuição dos colaboradores por categorias (2015 a 2017)

Distribuição dos colaboradores	2015		2016		2017	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Órgãos de direcção	5	0,26	5	0,25	5	0,24
Dirigentes	4	0,21	4	0,20	4	0,20
Pessoal Médico	339	17,67	367	18,41	380	18,53
Técnicos superiores de saúde	21	1,09	22	1,10	24	1,17
Técnicos superiores de serviços sociais	10	0,52	11	0,55	11	0,54
Outros técnicos superiores	23	1,20	22	1,10	22	1,07
Pessoal de Enfermagem	730	38,04	758	38,01	805	39,25
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	112	5,84	120	6,02	117	5,70
Pessoal assistente técnico	154	8,03	160	8,02	164	8,00
Pessoal Assistente Operacional	511	26,63	515	25,83	507	24,72
Pessoal informático	8	0,42	9	0,45	9	0,44
Outro pessoal	2	0,10	1	0,05	3	0,15
Total	1.919	100,00	1.994	100,00	2.051	100,00

Fonte: Portugal. MS. Centro Hospitalar em estudo. 2017

3.2 Caracterização das ausências por doença nos profissionais

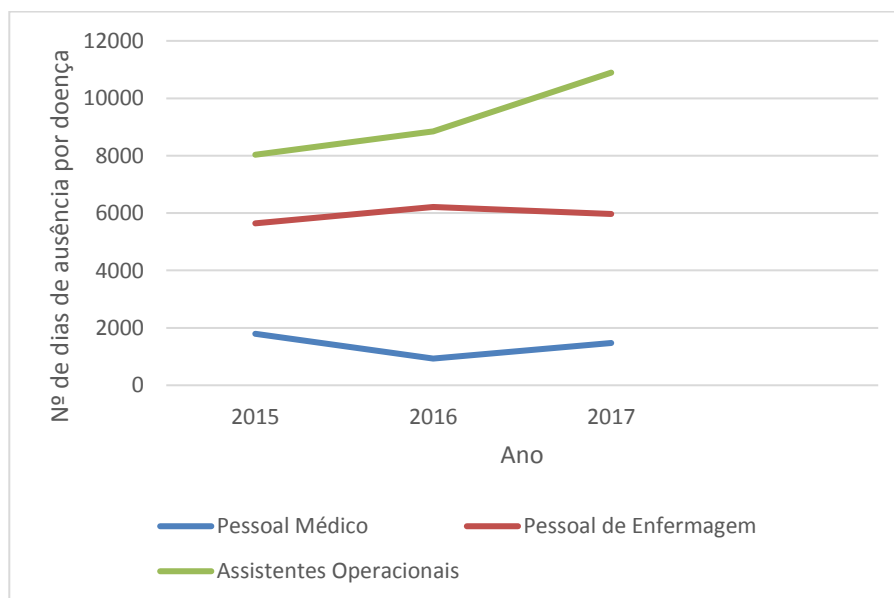
Para a caracterização das ausências por doença nos profissionais da categoria Médica, de Enfermagem e dos Assistentes Operacionais, desenvolveu-se a análise segundo duas perspectivas, uma que valoriza os números numa visão global dos três anos em estudo e outra que considera os valores ano a ano, tendo em consideração a melhor compreensão dos resultados (tabela 9 e gráfico 6). Os profissionais que se ausentaram mais dias por doença nos anos de 2015, 2016 e 2017 foram os Assistentes Operacionais com 55,8%, seguida pelos Enfermeiros com 35,8% e depois pelos Médicos com 8,4% (tabela 9).

Tabela 9 – Dias de ausência por doença por Categoria Profissional em termos absolutos e relativos (2015 a 2017)

Categoria Profissional	Dias Ausências	%
Pessoal Médico	4.202	8,4
Pessoal de Enfermagem	17.822	35,8
Assistente Operacional	27.771	55,8
Total	49.795	100,00

No gráfico 6 é visível a evolução dos dias de ausências por doença das várias categorias profissionais entre 2015 e 2017. Pode-se observar no caso do Pessoal de Enfermagem uma diminuição dos dias de ausências entre 2016 e 2017, uma diminuição discreta na categoria profissional dos Médicos e um aumento mais acentuado na categoria dos Assistentes Operacionais entre 2016 e 2017.

Gráfico 6 – Evolução dos dias de ausência por doença por Categoria Profissional (2015 a 2017)



Como se pode observar na tabela 10, o valor médio de dias de ausências para os Médicos foi de aproximadamente 20 dias por ano, com mediana de 9 dias e desvio padrão de 37 dias. Relativamente aos Enfermeiros, verifica-se uma média de dias de ausência por ano de 34 dias, mediana de 14 dias e desvio padrão de 54 dias. Os Assistentes Operacionais registam uma média de dias de ausência de 45 dias por ano, mediana de 16 dias e desvio padrão de 65 dias (tabela 10).

Tabela 10 - Medidas de Estatística Descritiva - Dias de Ausência, por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Ausências (2015 a 2017)		
	Média	Mediana	Desvio Padrão
Pessoal Médico	20,7	9,0	37,4
Pessoal de Enfermagem	34,2	14,0	54,1
Assistente Operacional	45,2	16,0	65,9

Após a caracterização das ausências por categoria profissional cumpre agora apresentar a duração global das ausências. Assim, em relação aos dias de ausência por doença, pode-se referir que, dos profissionais que se ausentaram, a média do número de dias de ausência foi de 37 dias por ano, com mediana de 14 dias e desvio padrão de 58 dias, o que revela alguma dispersão. A variação em termos de dias úteis foi entre 1 dia e 250 dias (tabela 11).

Tabela 11 - Medidas de estatística descritiva para a variável Dias de Ausência

	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\min.}$)	Valor Máximo ($X_{\max.}$)	N
Dias de Ausência	37,1	14,0	58,4	1	250	1.262

Na tabela 12 mostra que 67% da amostra ausentou-se por doença mais de 7 dias ao local de trabalho e os restantes ausentaram-se menos de 7 dias (33%).

Tabela 12 - Caracterização da variável Dias de Ausência (2015 a 2017)

Dias de Ausência	N	%
Até 7 dias	417	33,0
Mais de 7 dias	845	67,0
Total	1.262	100,00

Na tabela 13 pode verificar-se que 70,2% das ausências por doença são inferiores a 30 dias enquanto que 29,8% se ausentaram mais de 30 dias. Os dados

verificados na tabela 12 e 13 evidenciam que a mais de um terço (37,2%) das ausências por doença estão entre os 7 e os 30 dias, com um total de 469 profissionais.

Tabela 13 - Caracterização da variável Dias de Ausência (2015 a 2017)

Dias de Ausência	N	%
Até 30 dias	886	70,2
Mais de 30 dias	376	29,8
Total	1.262	100,00

Relativamente à variável sexo, observa-se na tabela 14 que os profissionais que se ausentaram por motivos de doença pertenciam maioritariamente ao sexo feminino (88,4%).

Tabela 14 - Caracterização das ausências em relação à variável Sexo (2015 a 2017)

Sexo	N	%
Feminino	1.115	88,4
Masculino	147	11,6
Total	1.262	100,00

Face à presença maioritária do sexo feminino procurou-se aferir qual o comportamento da variável em cada uma das categorias profissionais, tendo sido possível apurar que os profissionais do sexo feminino foram os que mais se ausentaram por doença em todas as categorias profissionais. Contudo, a categoria profissional em que o sexo masculino apresenta menos discrepância relativamente ao sexo feminino, é a dos médicos (tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização das ausências por Categoria Profissional e por Sexo (2015 a 2017)

	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%
Pessoal Médico	140	71,1	57	28,9
Pessoal de Enfermagem	441	90,0	49	10,0
Assistente Operacional	534	92,9	41	7,1
Total	1.115	-	147	-

*Percentagem calculada na horizontal

No que concerne à idade observa-se que as idades médias por categoria profissional foram semelhantes. No caso dos Médicos a idade média situou-se nos 43

anos, nos Enfermeiros foi de 44 anos e nos Assistentes Operacionais foi de 45 anos (tabela 16).

Tabela 16 - Medidas de Estatística Descritiva da Idade, por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Média	Mediana	Desvio Padrão
Pessoal Médico	43,5	42,0	11,4
Pessoal de Enfermagem	44,7	46,0	8,4
Assistente Operacional	45,2	46,0	10,4

Dos profissionais que se ausentaram por motivo de doença, 34,9% pertence à classe etária entre os 45 e 54 anos. No entanto se agregarmos os elementos entre os 35 e os 54 anos, chegamos ao valor de 63,5%. De salientar ainda que apenas 17,6% tinham 55 ou mais anos (tabela 17).

Tabela 17 - Caracterização das ausências em relação à variável Classe Etária (2015 a 2017)

Idade	N	%
Até 34 anos	239	18,9
35 a 44 anos	361	28,6
45 a 54 anos	440	34,9
55 ou mais anos	222	17,6
Total	1.262	100,00

Em termos globais da amostra, a média de Idades dos profissionais com ausências por doença foi de 44 anos, com Mediana de 45 anos e um Desvio-padrão de 9 anos. O profissional mais jovem a faltar tinha 21 anos e o mais velho tinha 69 anos (tabela 18).

Tabela 18 - Medidas de estatística descritiva para a variável Idade

	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\min.}$)	Valor Máximo ($X_{\max.}$)	N
Idade	44,7	45,0	9,9	21	69	1.262

Relativamente ao estado civil dos profissionais que faltaram por doença, o maior número de dias de ausências pertenceu à União de Facto ou Casados com 60,8% (tabela 19).

Tabela 19 - Caracterização das ausências em relação à variável Estado Civil (2015 a 2017)

Estado Civil	N	%
Solteiro	298	23,6
União de Facto/Casado	767	60,8
Divorciado	165	13,1
Viúvo	32	2,5
Total	1.262	100,00

Na caracterização das ausências por doença em função das habilitações literárias (tabela 20) destacam-se os profissionais até ao 12º ano com 52,5% das ausências, seguidos dos profissionais com licenciatura com 36,9%.

Tabela 20 - Caracterização das ausências em relação à variável Habilitações (2015 a 2017)

Habilitações	N	%
Até ao 12º ano	663	52,6
Bacharelato	74	5,9
Licenciatura	466	36,9
Mestrado	56	4,4
Curso Técnico Profissional	3	0,2
Total	1.262	100,00

Pode-se observar na tabela 21 que 37,9% dos profissionais que se ausentaram ao trabalho por doença têm até 10 anos de experiência, seguidos dos 11 aos 20 anos de experiência (33,4%) e dos 21 ou mais anos de experiência (28,7%).

Tabela 21 - Caracterização das ausências em relação à variável Anos de Experiência (2015 a 2017)

Anos de Experiência	N	%
Até 10 anos	478	37,9
11 a 20 anos	421	33,4
21 ou mais anos	363	28,7
Total	1.262	100,00

Em relação à média dos anos de experiência dos profissionais que se ausentaram por motivo de doença, os Enfermeiros foram aqueles que apresentaram um valor superior a 18 anos (tabela 22).

Tabela 22 - Medidas de Estatística Descritiva - Anos de Experiência, por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Média	Mediana	Desvio Padrão
Pessoal Médico	12,8	8,0	11,1
Pessoal de Enfermagem	18,4	20,0	8,7
Assistente Operacional	13,1	13,0	10,1

De todos de serviços analisados verificou-se que os serviços de internamento médico e internamento cirúrgico reuniram, respectivamente 30,3% e 16,5%, ou seja, perto de 50% do total das ausências ao trabalho nos três anos em estudo. De referir que o serviço de urgência apresentou 14,3% das ausências ao trabalho como mostra a tabela 23.

Tabela 23 - Caracterização das ausências em relação à variável Serviços (2015 a 2017)

Serviços	N	%
Internamento Cirúrgico	208	16,5
Internamento Médico	383	30,3
Urgências	181	14,3
Outros Serviços	154	12,2
Consultas	149	11,8
Apoio à prestação de cuidados	109	8,6
Serviços de Gestão e Logística	78	6,3
Total	1.262	100,00

De acordo com a tabela 24 o vínculo laboral com maior destaque foi o CTFP com 55,8% dos profissionais com ausências por doença, em comparação com o CIT com 44,2%.

Tabela 24 - Caracterização das ausências em relação à variável Vínculo Laboral (2015 a 2017)

Vínculo Laboral	N	%
CTFP	704	55,8
CIT	558	44,2
Total	1.262	100,00

3.3 Estudo das associações das variáveis - análise inferencial

Relativamente à comparação entre os elementos que se ausentaram por motivo de doença, até 7 dias ou 8 ou mais dias, a tabela 25 apresenta o teste de independência de Qui Quadrado. Pode-se concluir que as variáveis Categoria Profissional, Idade,

Habilitações, Vínculo Laboral e Anos de Experiência apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável Dias de Ausência.

Tabela 25 - Teste de Independência de Qui-Quadrado (Dias de Ausência – cut point 7 dias)

Variável	Categorias	Até 7 dias		8 ou + dias		p-value (Spearman)
		N	%	N	%	
Ano	2015	139	33,7	274	66,3	NS
	2016	138	33,2	278	66,8	
	2017	140	32,3	293	67,7	
Sexo	Feminino	358	32,1	757	67,9	NS
	Masculino	59	40,1	88	59,9	
Categoria Profissional	Pessoal Médico	88	44,7	109	55,3	<0,001
	Pessoal de Enfermagem	169	34,5	321	65,5	
	Assistente Operacional	160	27,8	415	72,2	
Idade	Até 34 anos	104	43,5	135	56,5	<0,001
	35 a 44 anos	136	37,7	225	62,3	
	45 a 54 anos	123	28,0	317	72,0	
	55 ou mais anos	54	24,3	168	75,7	
Habilitações	Até ao 8º ano	39	19,1	165	80,9	<0,001
	9º ao 12º ano	148	32,2	311	67,8	
	Bacharelato	25	33,8	49	66,2	
	Licenciatura	179	38,4	287	61,6	
	Mestrado	26	46,4	30	53,6	
	Curso Técnico Profissional	0	0,0	3	100,0	
Serviços	Internamento Cirúrgico	69	33,2	139	66,8	NS
	Internamento Médico	139	36,3	244	63,7	
	Urgências	59	32,6	122	67,4	
	Outros Serviços	52	33,8	102	66,2	
	Consultas	47	31,5	102	68,5	
	Apoio à prestação de Cuidados	27	24,8	82	75,2	
	Serviços de Gestão e Logística	24	30,8	54	69,2	
Vínculo Laboral	CTFP	203	28,8	501	71,2	<0,001
	CIT	214	38,4	344	61,6	
Anos de Experiência	Até 10 anos	194	40,6	284	59,4	<0,001
	11 a 20 anos	125	29,7	296	70,3	
	21 ou mais anos	98	27,0	265	73,0	
Estado Civil	Solteiro	116	38,9	182	61,1	NS
	União de Facto/Casado	241	31,4	526	68,6	
	Divorciado	51	30,9	114	69,1	
	Viúvo	9	28,1	23	71,9	

*NS – não significativo em termos estatísticos

É interessante verificar que os Médicos constituíram a classe profissional que proporcionalmente se ausentou menos e por períodos mais curtos. No caso dos Assistentes Operacionais estamos perante a categoria que mais dias de ausência registou e com ausências mais prolongadas. Em termos de idade verifica-se que à

medida que a idade aumenta as ausências também foram mais prolongadas. No caso das habilitações dos profissionais, quanto menor as habilitações mais prolongadas foram as ausências.

Verificou-se que os profissionais com CTFP ausentam-se durante períodos mais prolongados, assim como, quem tem mais experiência profissional tem tendência a ausentar-se mais tempo. As variáveis Ano de Observação, Sexo, Serviços e Estado Civil não apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável Dias de Ausência.

Procedendo à mesma comparação entre elementos que se ausentaram por doença, até 30 dias ou 30 ou mais dias, verifica-se (tabela 26) que as variáveis Sexo, Categoria Profissional, Idade, Habilitações, Serviços, Vínculo Laboral, Anos de Experiência, apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável Dias de Ausência.

Cumprе referir que o sexo feminino teve ausências mais prolongadas do que o sexo masculino. À semelhança dos resultados obtidos na tabela anterior nas ausências até 7 dias, os Médicos foram a categoria que evidenciou os menores períodos de ausências. Na verdade, estamos perante a categoria que menos ausências registou por doença e fê-lo por menores períodos. Por outro lado, constata-se que os Assistentes Operacionais foram a categoria que registou mais ausências e por períodos mais longos. Em relação à idade, verificou-se que quanto maior é a classe etária maior foi proporcionalmente a duração da ausência. São ainda responsáveis pelos maiores períodos de ausência os colaboradores com menos habilitações, os que têm como vínculo laboral CTFP e os que têm mais anos de experiência. É interessante destacar que, em termos de serviços, os que mais se evidenciaram nas ausências de 30 ou mais dias foram os Serviços de Gestão e Logística. Segundo a informação disponibilizada pela instituição em estudo, através da base de dados, no absentismo nos serviços no âmbito da gestão e logística, estão incluídos a gestão de recursos humanos, a admissão de doentes, o aprovisionamento, o armazém, a casa mortuária, a central telefónica, a coordenação dos serviços gerais, a costura, a lavandaria, a limpeza, os serviços de instalações e equipamento e os serviços da capela.

As variáveis Ano de Observação e Estado Civil não apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável Dias de Ausência.

Tabela 26 - Teste de Independência de Qui-Quadrado (Dias de Ausência – cut point 30 dias)

Variável	Categorias	Até 30 dias		30 ou + dias			p-value (Spearman)
		N	%	N	%	%	
Ano	2015	289	70,0	124	30,0	100	NS
	2016	298	71,6	118	28,4	100	
	2017	299	69,1	134	30,9	100	
Sexo	Feminino	771	69,1	344	30,9	100	<0,05
	Masculino	115	78,2	32	21,8	100	
Categoria Profissional	Pessoal Médico	164	83,2	33	16,8	100	<0,001
	Pessoal de Enfermagem	348	71,0	142	29,0	100	
	Assistente Operacional	374	65,0	201	35,0	100	
Idade	Até 34 anos	194	81,2	45	18,8	100	<0,05
	35 a 44 anos	256	70,9	105	29,1	100	
	45 a 54 anos	292	66,4	148	33,6	100	
	55 ou mais anos	144	64,9	78	35,1	100	
Habilitações	Até ao 8º ano	120	58,8	84	41,2	100	<0,001
	9º ao 12º ano	316	68,8	143	31,2	100	
	Bacharelato	49	66,2	25	33,8	100	
	Licenciatura	359	77,0	107	23,0	100	
	Mestrado	41	73,2	15	26,8	100	
	Curso Técnico Profissional	1	33,3	2	66,7	100	
Serviços	Internamento Cirúrgico	158	76,0	50	24,0	100	<0,05
	Internamento Médico	276	72,1	107	27,9	100	
	Urgências	132	72,9	49	27,1	100	
	Outros Serviços	114	74,0	40	26,0	100	
	Consultas	94	63,1	55	36,9	100	
	Apoio à prestação de Cuidados	66	60,6	43	39,4	100	
	Serviços de Gestão e Logística	46	59,0	32	41,0	100	
Vínculo Laboral	CTFP	472	67,0	232	33,0	100	<0,05
	CIT	414	74,2	144	25,8	100	
Anos de Experiência	Até 10 anos	359	75,1	119	24,9	100	<0,05
	11 a 20 anos	287	68,2	134	31,8	100	
	21 ou mais anos	240	66,1	123	33,9	100	
Estado Civil	Solteiro	219	73,5	79	26,5	100	NS
	União de Facto/Casado	532	69,4	235	30,6	100	
	Divorciado	109	66,1	56	33,9	100	
	Viúvo	26	81,2	6	18,8	100	

*NS – não significativo em termos estatísticos

Verificou-se a existência de correlação positiva entre a variável Dias de Ausência e a Idade ($\rho(1282) = 0,179; p < 0,001$) e entre os Dias de Ausência e os Anos de Experiência ($\rho(1282) = 0,146; p < 0,001$), o que significa que os Dias de Ausência aumentam (ou diminuem) com o aumento (ou diminuição) da Idade e dos Anos de Experiência, corroborando com os resultados anteriores (tabela 27).

Tabela 27 - Coeficiente de Correlação de Spearman, entre os Dias de Ausência e as variáveis Idade, Anos de Experiência e Ano de Observação

Dias de Ausência	rho	p-value
Idade	0,179**	<0,001
Anos de Experiência	0,146**	<0,001
Ano de Observação	0,022	NS

*NS – não significativo em termos estatísticos

**Correlação significativa a um nível de 0,01 (Bicaudal)

3.4 Estimativa dos Custos das Ausências

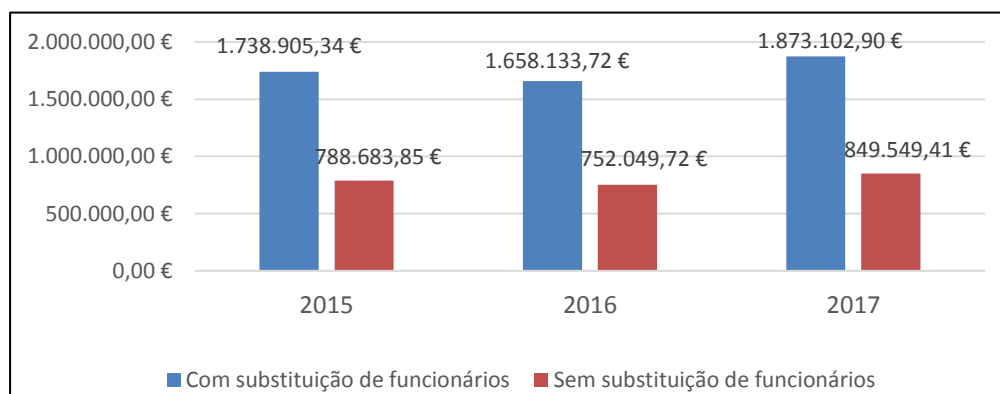
Numa abordagem muito linear e só com base nos dias de ausência por doença, e nos valores de vencimentos ilíquidos médios, foi elaborada uma estimativa de custos, com substituição e sem substituição do profissional (tabela 28 e gráfico 7).

Tabela 28 - Estimação dos custos de “Dias de Ausência” por doença (2015 a 2017)

Anos	Valor sem substituição*	Valor com substituição*
2015	788 683,85 €	1 738 905,34 €
2016	752 049,72 €	1 658 133,72 €
2017	849 549,41 €	1 873 102,90 €
Total	2 390 282,97 €	5 270 141,96 €

* Todos os cálculos são apresentados no apêndice 1.

Gráfico 7 - Estimação custos “Dias Ausência” por doença com e sem substituição de funcionários



Apesar da categoria dos Assistentes Operacionais ser a que mais se ausenta por doença e por períodos mais prolongados, é a categoria de Enfermagem que regista custos mais avultados, com e sem substituição do profissional (tabela 29).

Tabela 29 - Estimativa de custos por categoria profissional

Categoria profissional	Valor sem substituição	Valor com substituição
Médicos	541.459,21 €	1.193.819,72 €
Enfermeiros	1.153.796,28 €	2.543.912,28 €
Assistentes Operacionais	708.019,67 €	1.561.055,42 €

3.5 Caracterização das Entrevistas

Para uma recolha de informação mais abrangente optou-se pela realização de seis entrevistas, das quais três foram realizadas a profissionais com larga experiência em direcção hospitalar e desempenho de cargos no âmbito do Ministério da Saúde. As restantes entrevistas foram realizadas a profissionais de saúde. Para salvaguardar o anonimato apresenta-se uma breve caracterização dos entrevistados no quadro 7.

Quadro 7 - Caracterização dos Entrevistados

	Enquadramento Profissional
E1	Médico - Professor Doutor com responsabilidades executivas em direcção hospitalar.
E2	Economista - Professora Doutora com responsabilidades executivas em direcção hospitalar
E3	Médico do Serviço de Urgência da instituição em estudo.
E4	Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência da instituição em estudo.
E5	Assistente Operacional do Serviço de Urgência da instituição em estudo.
E6	Gestor de Recursos Humanos de um Centro Hospitalar.

Tendo como base a análise efectuada sobre as entrevistas (apêndice 2) no quadro 8 destacam-se as principais mensagens e contributos dos entrevistados.

Quadro 8 – Resumo das respostas dos entrevistados

E	Respostas
E1	Sobre a quantificação do absentismo E1 referiu que quando exercia funções executivas os “valores de absentismo total rondavam os 10%”. Sobre as causas do Absentismo E1 abordou a discrepância no absentismo entre o sector público e o sector privado, o peso do género feminino, uma maior exposição do sector da saúde em ambiente hospitalar a diversos riscos, a importância do trabalho em equipa, dos modelos de gestão e a problemática remuneratória.
E2	Sobre a quantificação absentismo E2 “não tinha dados actualizados, tendo em como referência o valor de 4%, sem contar com as ausências ao serviço por faltas justificadas por maternidade”. E2 considera que o absentismo deve ser analisado por clusters individualizados, com o objectivo de aferir os motivos efectivos. Sobre as causas do Absentismo alertou para o envelhecimento da população e a sua relação com a necessidade de apoio a familiares. Abordou a precariedade do trabalho, a escassez de recursos, a dificuldade de construção das equipas, a inflexibilidade, a autonomia e medidas de prevenção e controlo do absentismo.
E3	Sobre a quantificação do absentismo E3 não tinha conhecimento dos valores de absentismo Referiu essencialmente a sobrecarga de trabalho, a insatisfação profissional, as divergências dos regimes de contratação e a parentalidade.
E4	Sobre a quantificação do absentismo E4 não tinha conhecimento dos valores de absentismo. Incidiu mais sobre o absentismo por categoria profissional e por doença em termos quantitativos da instituição, na problemática da construção e funcionamento das equipas, e na coexistência de diferentes regimes de contratação.
E5	Sobre a quantificação do absentismo E5 não tinha valores concretos, mas considerou que deveria ser elevado. Sobre as causas do absentismo abordou fundamentalmente o motivo por doença dos assistentes operacionais.

E6	Para o gestor de recurso humanos o absentismo hospitalar, não é uma realidade de hoje, nem de ontem, é um fenómeno que se tem vindo a agudizar, por diversos motivos. Apesar de ser uma realidade que tem de ser encarada de frente, é fácil atirar tudo para o cansaço provocado pela falta de recursos humanos, ou para as questões remuneratórias, mas existem raízes muito mais profundas e que muitas vezes têm origem na falta de sentido de pertença, ou num clima organizacional deteriorado e individualista. Sobre as causas do absentismo E6 descreve o absentismo como um fenómeno multifactorial, e apresenta algumas considerações. Sobre as medidas preventivas e de controlo E6 realça a necessidade de construir um novo olhar sobre a prevenção e controlo.
----	---

4 – Discussão dos Resultados

De acordo com Hill e Hill (2008) o processo de investigação não é só um processo de aplicação de conhecimento, mas também um processo de planificação e criatividade controlada. Uma pesquisa é, por conseguinte, um processo sistemático de construção de conhecimento que tem como metas principais gerar novas perspectivas, corroborar ou refutar as existentes.

Neste sentido, o presente estudo explorou procedimentos de análise qualitativa e quantitativa, já que não são antagónicos, mas sim complementares, privilegiou o passado recente já que a análise retrospectiva incidiu apenas nos últimos três anos, atribuiu especial atenção à compreensão e aos custos do fenómeno em estudo. Com estes procedimentos foi possível cumprir os objectivos da investigação e evidenciar a sua pertinência de análise.

Efectivamente, o absentismo em geral e por doença em particular, no Serviço Nacional de Saúde não é uma problemática de hoje, mas sim um fenómeno que se tem vindo a agudizar, tendo em 2017 sido registados aproximadamente 3,8 milhões de dias de ausência (Portugal. MS, SNS, 2018).

No caso concreto dos Centros Hospitalares urge fazer um levantamento sério das condições de trabalho e reconhecer precocemente todos os sinais de aviso. Ignorar alertas em contexto de gestão de recursos humanos em unidades hospitalares pode degenerar em problemas de saúde físicos ou mentais complexos. Dados de 2017 revelam que a taxa de absentismo geral da instituição em estudo situou-se próximo dos 12% e a taxa de absentismo por doença próxima de 6%, valores em ambos os casos semelhantes às médias nacionais, que apresentaram valores de 13,5% de taxa de absentismo geral e 6% de taxa de absentismo por doença (Portugal. MS, SNS, 2018).

Quando as condições e características do local de trabalho ou o próprio conteúdo do trabalho afectam o bem-estar e a saúde a nível físico, psíquico ou social do trabalhador existe maior propensão para o absentismo, como referem Plomp e Beek

(2014). Neste contexto, é compreensível que a categoria que mais se ausentou pelo menos um dia por doença na amostra em estudo foram os Assistentes Operacionais com 55,8%, seguidos dos Enfermeiros com 35,8% e dos Médicos com 8,4%. Tendo em consideração os profissionais destas três categorias que pertencem ao hospital em estudo, verificou-se que, mesmo assim, os Assistentes Operacionais foram os que mais se ausentaram, seguidos dos Enfermeiros e por fim os Médicos.

Como se pode observar na tabela 30, os Assistentes Operacionais apresentaram a taxa de absentismo por doença mais elevada e com tendência crescente em todos os anos em análise, seguidos pelos Enfermeiros e depois pelos Médicos. Os Médicos e os Enfermeiros pelo contrário, registaram uma diminuição ligeira nessa mesma taxa. De realçar ainda que o valor da taxa de absentismo em qualquer categoria profissional é inferior à média Nacional (tabela 30).

Tabela 30 – Taxa de absentismo por doença por Categoria Profissional da Instituição

Categoria Profissional	2015 %	2016 %	2017 %	Média Nacional %
Pessoal Médico	2,3	1,1	1,7	3,5
Pessoal Enfermagem	3,4	3,6	3,2	5
Assistentes Operacionais	6,9	7,6	9,5	12

Em termos de amostra os Assistentes Operacionais apresentam o maior valor médio com 45 dias de ausência, seguidos dos Enfermeiros com 34 dias de ausência e dos Médicos com 20 dias de ausência.

É conveniente destacar que aos Assistentes Operacionais estão associadas um maior número de ausências superiores a 30 dias, facto que pode ser explicado por serem das categorias profissionais mais expostas à insegurança laboral, baixos níveis de decisão, baixo controlo de tarefas, a jornadas longas ou a carga de trabalho excessiva, a que se acrescenta tabelas remuneratórias baixas com um valor médio de hora de 4,2€ em 2017, situações consideradas como geradores de insatisfação e por conseguinte, potenciadoras de absentismo (EU-OSHA, 2018) (Peiró *et al.* 2008).

Tendo em consideração os pressupostos de constituição da amostra, não se evidenciou uma distribuição equitativa por sexo, realidade que deve ser tida em consideração em virtude da influência desta variável sobre o fenómeno em estudo.

Assim, o facto dos profissionais com pelo mais um dia de ausência serem maioritariamente do sexo feminino (88,4%) (provavelmente superior à população do

Hospital) pode dever-se, apesar da maior de partilha de funções e responsabilidades parentais e familiares entre sexos, a uma sobrecarga ainda bastante existente sobre as mulheres. Estes dados corroboram com os dados da Eurofound (2017) com taxas de absentismo superiores nas mulheres relativamente aos homens.

De acordo com a perspectiva de Langenhoff (2011), as taxas de absentismo podem ser explicadas pela coexistência de dois factores - grande percentagem de faixas etárias mais novas e o facto de o motivo de doenças encobrir por vezes outras razões como a parentalidade e o apoio familiar. É interessante referir que, no presente estudo, o escalão etário que obteve maior representatividade na análise das ausências foi o de 45 aos 54 anos (34,9%), no entanto 47,5% tem menos de 44 anos, o que está em sintonia com os argumentos de Langenhoff (2011). Contudo, não nos foi possível conhecer a distribuição por classes etárias dos profissionais do Hospital em estudo. Acresce salientar que, quanto maior são as classes etárias (idade), maior é o período de ausência superiores a 30 dias, indo de encontro com os dados da Eurofound (2017) que revelaram que os valores de absentismo mais altos, pertencem aos escalões etários mais elevados.

Concretamente em relação à idade média dos profissionais que se ausentaram pelo menos um dia ao trabalho, a mesma fixou-se nos 44 anos, com desvio padrão de 9 anos, não se tendo verificado uma grande discrepância em termos de valores médios pelas três categorias profissionais. As idades médias do Pessoal Médico foram de 43 anos, do Pessoal de Enfermagem foi de 44 anos e dos Assistentes Operacionais foi de 45 anos.

De facto, a idade e o género, são elementos importantes na análise do absentismo, na medida em que o mesmo não pode ser dissociado do quotidiano da vida dos colaboradores, mas também, está impregnado de elementos relacionados com as condições psicossociais do trabalho e pessoais, como salientam Peiró *et al.* (2008).

Na instituição em estudo, e ainda segundo o Relatório de Contas (2017) das categorias profissionais em análise, 54% estão ao abrigo do regime de função pública, 45% têm contracto individual de trabalho e só 1% está em regime de prestação de serviços. Na instituição em análise os médicos são a única categoria em que existe o regime de prestação de serviços (19 em 2016 e 21 em 2017). No caso do regime de prestação de serviços não são consideradas as ausências pelo que não entra no cálculo do absentismo.

É importante salientar que nos Hospitais EPE como é o caso da unidade em estudo vigoram dois regimes de trabalho distintos: de função pública e de contracto

individual de trabalho, com horários de trabalho e regalias diferenciadas. A coexistência de regimes de trabalho distintos no seio da mesma organização gera situações não equivalentes para a mesma função o que pode potenciar situações de alguma tensão e conflitualidade com repercussões no desempenho. No presente caso, 55,8% dos colaboradores ausentes pelo menos um dia por motivos de doença tem como vínculo laboral o regime de CTFP. Independentemente de quem suporta os custos destas ausências (empresa ou sistema de apoio social), as mesmas estão dependentes do regime contratual, e por sua vez do que o mesmo preconiza como justificação de falta por doença.

Cucchiella *et al.* (2014) argumentam que o prolongar da doença e o adiamento do regresso ao trabalho estão frequentemente associados a uma certa insatisfação profissional. Para estes autores o absentismo não deve ser encarado como um fenómeno simples, porque está ligado a uma pluralidade de causas e representa um sintoma de ineficiência social, económica e, sobretudo, organizacional.

Não foram encontrados estudos que evidenciem uma correlação significativa entre o absentismo e as habilitações literárias. Regra geral, os diferentes autores explicam o absentismo através de um conjunto alargado de factores, que interagem entre si. No entanto, Cucchiella *et al.* (2014) destacam como factores que contribuem para a propensão do absentismo, as características individuais, a cultura, os regimes de contratação, os regimes de protecção social e as condições do mercado de trabalho.

No presente estudo 52,5% das ausências por motivo de doença têm como origem profissionais com habilitações literárias até ao 12º ano, ou seja, existe uma maior prevalência do absentismo e com duração superior a 30 dias, nos profissionais com menos habilitações literárias, os quais na sua grande maioria desempenham funções como Assistentes Operacionais.

Ao observar o que se passa numa urgência hospitalar do SNS é frequente sentir a azafama vivenciada, umas vezes pela gravidade dos doentes, outras por falta de recursos materiais e humanos, ou por ambas, e, por conseguinte, é quase inato associar estes serviços a situações de *stress*. No entanto, muitos outros serviços aparentemente mais calmos não estão privados de grande pressão e situações geradoras de reacções de *stress*. Na prestação de cuidados de saúde em organizações geralmente complexas e diferenciadas como um hospital, são inúmeras as situações potencialmente geradoras de erros, pelo que a necessidade de rapidez de uma tomada de decisão, ou o ter de enfrentar situações de grande desgaste emocional, são só por si, elementos

potenciadores de *stress* e por conseguinte, alicerces de algum absentismo (Murcho e Jesus, 2007).

É importante referir que no trabalho por turnos está subjacente um desgaste maior e mais rápido, alteração de rotinas familiares, sociais e ciclo circadiano, com repercussões no bem-estar dos profissionais.

Assim e não sendo plausível generalizar para o universo nacional, os serviços do hospital em estudo que registaram mais ausências por doença são os serviços de internamento médico e internamento cirúrgico, que reúnem, respectivamente 30,3% e 16,5%, ou seja, perto de 50% do total das ausências ao trabalho por motivo de doença. De referir que o serviço de urgência apresenta 14,3% das ausências de pelo menos um dia ao trabalho por motivo de doença. Porém, não foi possível aferir se estes serviços apresentam um universo de profissionais maior que os restantes serviços da instituição. Por outro lado, os serviços que registaram proporcionalmente ausências superiores a 30 dias foi o de Gestão e Logística, podendo este resultado ser explicado pelos horários mais rígidos, actividades mais sedentárias e de maior isolamento, menor reconhecimento da sua atividade e vencimentos mais precários.

Quanto aos anos de experiência o escalão “menor que 10 anos de serviço” é o que regista mais ausências por motivos de doença. Este dado é interessante principalmente conjugado com o facto do maior absentismo se situar nos Assistentes Operacionais e um dos entrevistados (E5) ter referido esta questão. *“Se formos a ver bem, são os mais jovens que faltam mais. A malta mais antiga aguenta-se porque não gosta de faltar, não gosta de obrigar os colegas a fazer mais um turno porque é muito duro e difícil. O pessoal mais antigo são aqueles casos pontuais que têm doença crónicas e têm mesmo de ficar de baixa para fazer tratamentos”*. Contudo, os profissionais com mais experiência (21 ou mais anos) apresentam proporcionalmente ausências mais prolongadas, superiores a 30 dias, uma vez que associado a uma maior experiência, está a idade mais avançada levando, como se explanou anteriormente, a ausências mais prolongadas.

Em relação à caracterização face ao estado civil os profissionais com mais ausências de pelo menos um dia por motivo de doença, são os que vivem em União de Facto ou Casados (60,8%), no entanto, não existiram diferenças estatisticamente significativas para este resultado.

É visível que o absentismo é um fenómeno multifactorial, cujos impactos são maiores ou menores em função da sua frequência e duração.

Neste sentido, privilegiou-se em termos de análise o absentismo por motivos de saúde com menos de sete dias, o absentismo por motivos de doença até trinta dias e com mais de trinta dias.

Quadro 9 - Associações encontradas entre a duração da ausência e algumas variáveis em estudo

Duração ausência	Variáveis em que foi encontrada associação com a duração da ausência
As ausências até 7 dias verificaram-se proporcionalmente mais em:	<ul style="list-style-type: none"> – Médicos – Idade até aos 34 anos, – Mestrado – Vínculo laboral CIT. – Menos de 10 anos de experiência
As ausências até 30 dias verificaram-se proporcionalmente mais em:	<ul style="list-style-type: none"> – Médicos – Masculino – Idades até aos 34 anos, – Internamento Cirúrgico – Vínculo laboral CIT. – Menos de 10 anos de experiência
As ausências de 30 ou mais dias verificaram-se proporcionalmente mais em:	<ul style="list-style-type: none"> – Assistentes Operacionais – Sexo Feminino – 55 ou mais anos de idade – Curso Técnico Profissional – Serviços de Gestão Logística e Serviços de Apoio à Prestação de Cuidados – Vínculo laboral CTFP – 21 ou mais anos de experiência

Para estimar os custos dos “Dias de Ausência” por doença, para os três anos em análise (2015, 2016 e 2017), e apresentados na tabela 31, foram utilizados alguns pressupostos, independentes para Pessoal Médico, Pessoal de Enfermagem e Assistentes Operacionais. Entre eles, os vencimentos ilíquidos médios, os dias de ausência por doença, o número de funcionários ausentes por doença, os dias úteis nos e anos em análise e o preço hora de cada classe profissional.

Tabela 31 - Estimação dos custos de “Dias de Ausência” por doença (2015 a 2017)

Anos	Valor sem substituição	Valor com substituição
2015	788 683,85 €	1 738 905,34 €
2016	752 049,72 €	1 658 133,72 €
2017	849 549,41 €	1 873 102,90 €
Total	2 390 282,97 €	5 270 141,96 €

Importa salientar que apesar de serem os Assistentes Operacionais com mais ausências e por períodos mais prolongados, é a categoria de Enfermagem que

representou mais custos, em virtude das remunerações, serem superiores (tabela 32). O método de cálculo adoptado por questões de impossibilidade na obtenção de mais informação, focou-se no valor de vencimentos ilíquidos, no entanto, existe a perfeita consciência que numa abordagem posterior é pertinente que sejam contemplados aspectos importantes e que têm impactos, quer em termos internos, quer em termos externos à instituição. No caso dos impactos externos cumpre destacar os custos sociais, não só pelo transtorno que causa aos cidadãos, o adiamento de cirurgias ou a não realização de consultas, mas também como gerador de absentismo para quem se vê privado de usufruir dos cuidados de saúde. Em termos internos, o absentismo entre outros custos, gera sobrecarga de trabalho para os colegas, destabilização dos serviços, aumenta a conflitualidade, pode colocar em risco a segurança dos cuidados, e no caso de substituição existem custos de integração e formação dos novos profissionais.

Tabela 32 - Estimativa de custos por categoria profissional

Categoria profissional	Valor sem substituição	Valor com substituição
Médicos	541.459,21 €	1.193.819,72 €
Enfermeiros	1.153.796,28 €	2.543.912,28 €
Assistentes Operacionais	708.019,67 €	1.561.055,42 €

Aos argumentos anteriores acresce destacar que os valores apresentados se referem apenas a uma estimativa de custos sobre o absentismo por doença, o que representa sensivelmente metade da taxa do absentismo geral, face à informação disponibilizada no portal de transparência do SNS (Portugal. MS. SNS, 2018). Neste sentido a realidade é bem mais complexa e os custos bem mais elevados.

Em suma, apesar das ausências por doença não serem na maioria dos casos suportadas pela instituição, mas sim pelo sistema de protecção social, alguns custos mantêm-se. Em termos da instituição o seu próprio absentismo potencia internamente mais absentismo, pela sobrecarga de trabalho.

Conclusões, Limitações do Estudo e Pistas para Futura Investigação

Os dados analisados permitiram concluir o seguinte:

1. A taxa de absentismo geral da instituição em estudo situou-se próximo dos 12% e a taxa de absentismo por doença próxima de 6%, valores em ambos os casos semelhantes às médias nacionais, que apresentaram valores de 13,5% de taxa de absentismo geral e 6% de taxa de absentismo por doença;
2. Os valores de absentismo por doença na instituição em estudo entre 2015 e 2017, apesar de terem aumentado discretamente, esse aumento não foi significativo;
3. A categoria profissional que apresentou maior taxa de absentismo por doença foram os Assistentes Operacionais, com uma média nos três anos analisados de 8%, e também são responsáveis pela maior percentagem de ausências superiores a 30 dias;
4. A categoria profissional que apresentou menor absentismo por doença foram os Médicos, com uma taxa média entre 2015 e 2017 de 1,7%, os quais também apresentaram menores períodos de ausências, normalmente inferiores a 7 dias.
5. No caso dos Enfermeiros, apresentaram uma taxa de absentismo por doença média dos três anos de 3,4%, com duração média de ausências entre os 8 e os 30 dias.
6. As taxas de absentismo das três categorias profissionais da instituição em estudo são inferiores às médias Nacionais;
7. Em termos médios de dias de ausência por doença por ano, os Médicos ausentaram-se 20 dias, os Enfermeiros 34 dias e os Assistentes Operacionais 45 dias;
8. Mais de um terço das ausências por doença (37,2%) nas três categorias profissionais em estudo situaram-se entre os 7 e os 30 dias;
9. As ausências do sexo masculino foram em menor número (11,6%) e com maior proporção de ausências de curta duração (<7 dias);
10. A maioria das ausências por doença da amostra em estudo pertenciam ao sexo feminino (88,4%), e também com uma maior proporção de ausências de longa duração (>30 dias);
11. As ausências por doença no pessoal Médico, de Enfermagem e dos Assistentes Operacionais pertencem proporcionalmente ao sexo feminino com 71,1%, 90% e 92,9% respetivamente.

12. Quanto maior foi o número de anos de experiência, mais longa foi a ausência encontrada.
13. Quanto maior era a idade, maior foi o período de dias de ausência encontrado.
14. O serviço que registou mais ausências por doença foi o internamento Médico, com 30,3% das ausências. O serviço que proporcionalmente apresentou ausências mais prolongadas foi o serviço de Gestão e Logística, superiores a 30 dias.
15. Para todos os entrevistados, o absentismo geral elevado e em particular o absentismo por doença nos serviços de saúde públicos, é um fenómeno que está muito relacionado com as condições de trabalho.
16. Para o gestor de recursos humanos o absentismo hospitalar, não é uma realidade recente sendo um fenómeno que se tem vindo a agudizar, por diversos motivos, e que a sobrecarga de trabalho provocado pela falta de recursos humanos, ou as questões remuneratórias, são apenas um contributo para um problema que tem raízes muito mais profundas, nomeadamente a falta de sentido de pertença, climas organizacionais deteriorados e individualistas.
17. Sobre os custos cumpre referir que uma estimativa baseada num raciocínio muito simples, e como tal não inclui todos os custos e constrangimento, para o volume de absentismo, no caso de ausências com substituição para os três anos o valor apurado foi superior a 5 milhões de euros, reforçando a importância do estudo desta problemática.
18. É importante salientar que apesar da categoria dos Assistentes Operacionais ter sido a que mais se ausenta e por períodos mais prolongados, foi a categoria de Enfermagem que registou custos mais avultados.

O absentismo é um fenómeno multifactorial complexo, e não existe um modelo universal para o prevenir e combater, mas existem, exemplos de boas praticas e recomendações de organismos nacionais e internacionais que urge adoptar. Sendo um problema de gestão, deve ser encarado numa perspectiva estratégica para a organização e para o país. Neste sentido é fundamental ter acesso à informação recolhida segundo um padrão uniforme e passível de ser comparado em termos nacionais, pelo que se recomenda:

1. Sejam estabelecidas regras de conduta para a recolha e tratamento dos dados com base na nomenclatura de caracterização de idades e habilitações utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).
2. Sejam adoptadas por recomendação superior os mesmos procedimentos de cálculo (fórmulas).
3. Sejam impostas directrizes no sentido dos sistemas informáticos utilizados pelas diferentes instituições do SNS terem a obrigatoriedade de recolher informação sobre o absentismo em conformidade com determinados critérios e variáveis padronizadas.
4. Sejam realizados exames de Medicina do Trabalho após baixa por doença prolongada ou em curtos períodos mais recorrente. O trabalhador deve marcar consulta “obrigatória” no serviço de medicina do trabalho para se avaliar a sua situação de saúde, de forma a adaptar o local de trabalho ao seu estado de saúde. Neste processo a ligação com as chefias é importante para uma reintegração mais facilitadora do trabalhador, salvaguardando a informação relativa à baixa, por motivos de protecção de dados e garantia de direitos. Esta medida pode, a longo prazo, contribuir para a redução do absentismo.
5. Os dados obtidos revelaram que os serviços no âmbito da gestão e logística, nomeadamente, a gestão de recursos humanos, a admissão de doentes, o aprovisionamento, o armazém, a casa mortuária, a central telefónica, a coordenação dos serviços gerais, a costura, a lavandaria, a limpeza, os serviços de instalações e equipamento e os serviços da capela, são os que revelaram maior período de ausências superiores a 30 dias. Tendo em consideração que na sua maioria estão relacionados com actividades menos activas, de maior isolamento, menor reconhecimento da sua atividade e vencimentos mais precários, é fundamental fazer um levantamento do tipo de actividades desenvolvidas nestes serviços, através de uma análise de processos que vise a optimização de tarefas em conformidade com as boas praticas. No caso do serviço de Internamento Médico, deve ser efectuado um levantamento que permita aferir se o regulamento das dotações seguras dos cuidados de saúde está a ser cumprido.
6. No desenvolvimento do trabalho foi possível observar que alguns hospitais públicos não dedicaram nem uma palavra, ao fenómeno do absentismo nos relatórios anuais de gestão e de contas. Por isso recomenda-se que seja obrigatório a sua monitorização e a inclusão pelo menos nos relatórios de conta.

Como foi amplamente referenciado estamos perante um fenómeno que tem custos demasiado elevados para que possa continuar a ser negligenciado.

Sobre os custos cumpre referir que uma estimativa baseada num raciocínio muito simples, e como tal não inclui todos os custos e constrangimento, para o volume de absentismo, no caso de ausências com substituição para os três anos o valor apurado é superior a 5 milhões de euros, verba suficientemente elevada para se continuar a negligenciar esta problemática.

Em ambiente hospitalar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, depende de um bom desempenho dos seus profissionais, e para isso, é imprescindível a criação de ambientes de trabalho saudáveis os quais, entre outros aspectos, visam abolir ou pelo menos minimizar as situações de sobrecarga e exaustão, bem como, combater a insatisfação profissional. Neste sentido e de forma a contribuir para este objectivo, o presente estudo inclui uma Proposta de Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo

Em termos de contribuição para a Comunidade Científica esta investigação representa essencialmente um instrumento de sensibilização e incentivo para a construção de novas metodologias de avaliação dos custos do absentismo.

Para o sector da Saúde a presente investigação consiste numa ferramenta de reflexão e contribui para a análise do posicionamento de cada instituição face à problemática do absentismo. O facto de se ter analisado uma única instituição consistiu numa limitação, no entanto, cumpre informar que este não era o objectivo inicial, dado que foram contactadas duas instituições que, posteriormente, não disponibilizaram os dados necessários oportunamente.

Principais limitações do estudo:

A análise estatística realizada foi uma análise univariada, pelo que se recomenda em estudos futuros, uma análise multifactorial permitindo obter informação mais fidedigna sobre as características dos profissionais com mais ausências.

Não foi possível obter informação relativa às características sociodemográficas e distribuição por serviços da população em estudo. Assim, os resultados obtidos na amostra não poderão ser generalizados para aquela população.

Em futuras investigações, seria interessante tentar alargar a amostra, analisar o absentismo no seu todo e não simplesmente por motivo de doença. De facto, os resultados obtidos evidenciam períodos de ausência bastante elevados para a maioria das doenças, pelo que se considera pertinente clarificar os reais motivos de modo a

aferir se o motivo de doença não está a encobrir outras realidades, nomeadamente insatisfação profissional. O apuramento da existência ou não de divergências de comportamento do absentismo face ao vínculo de contratação (CTFP/CIT) e modelos de gestão (público/privados), também se preconiza como uma abordagem interessante e geradora de novas pistas de investigação.

Proposta de Plano de Prevenção e Controlo do Absentismo

Tendo como base as recomendações da OMS (2010), a primeira etapa de um plano de Prevenção e Controlo do Absentismo hospitalar, deve ser mobilizar todos os intervenientes independentemente do cargo ou da função. Nesta etapa é fundamental recolher informações sobre as necessidades dos trabalhadores, seus valores e prioridades. Um dos aspectos que urge levar em linha de conta é que o ambiente de trabalho de um hospital actualmente é multicultural, com diferentes valores, diferentes culturas, diferentes crenças religiosas e diferentes capacidades de resiliência. A segunda etapa incide na obtenção dos recursos necessários quer humanos, quer materiais para promover e dar continuidade ao processo, o qual irá passar por uma fase de diagnóstico. A etapa de diagnóstico consiste numa das primeiras tarefas que a equipa de trabalho nomeada deve executar. Estabelecidas as prioridades o próximo passo é desenvolver um plano. O plano deve ser simples, calendarizado e as metas a alcançar credíveis e exequíveis. Por uma questão de credibilidade, transparência e rigor qualquer plano deve prever também um momento para a sua avaliação e caso necessário, introdução de melhorias.

Em qualquer processo de mudança ou simplesmente a introdução de alterações em termos de procedimentos e metodologias de trabalho implica a elaboração de uma estratégia de comunicação.

Com base na recolha de informação efectuada e nos dados obtidos, a elaboração do plano agora proposto teve como linha de orientação conceptual as directrizes sobre medidas de promoção da saúde no local de trabalho da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2010). Para esta organização as medidas devem ser agrupadas em três contextualizações: Medidas organizacionais que visam proporcionar horários de trabalho flexíveis; permitir que os trabalhadores participem na melhoria da organização do seu trabalho e do seu ambiente de trabalho; proporcionar aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem ao longo da vida; Medidas ambientais que visam disponibilizar espaços sociais; aplicar a proibição de fumar generalizada; proporcionar um ambiente de trabalho incentivador no plano psicossocial e Medidas individuais que visam oferecer e financiar cursos e eventos desportivos; incentivar uma alimentação saudável; disponibilizar programas de desabituação tabágica; apoiar o bem-estar mental, por exemplo, disponibilizando acompanhamento psicossocial anónimo externo e aconselhamento e formação anti-stress (EU-OSHA, 2010).

Prevenir e Agir em vez de Ignorar ou Reagir

Objectivos

Prevenir e diminuir o absentismo através da construção de ambientes de trabalho saudáveis, e que cumpram todas as disposições legais. Implementação de uma Política de Assiduidade com objectivos claros que inclua a clarificação do que se considera atrasos, faltas justificadas e injustificadas, e absentismo.

Recursos

Dinamização do Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho e Serviços de Saúde Ocupacional. No âmbito da saúde e segurança - Aquisição do equipamento necessário para avaliação dos parâmetros do ambiente físico previstos na legislação, como iluminação, conforto térmico, ambiente sonoro, compostos orgânicos voláteis, agentes químicos perigosos, exposição a agentes biológicos, exposição a radiações, risco de lesão no desenvolvimento das tarefas, entre outros. No âmbito da Prevenção da Doença e da Medicina do Trabalho - Prevenção das doenças ligadas ao trabalho e de doenças evitáveis, risco cardiovascular, Hipertensão Arterial, Pré-Diabetes, Cancros que podem ser detetados precocemente.

Premissas

Para a construção de um clima organizacional saudável

Credibilidade: a comunicação com as chefias é aberta e acessível; as hierarquias são competentes na coordenação das pessoas e dos recursos materiais, e são íntegras e consistentes na condução da visão.

Respeito: as chefias apoiam o desenvolvimento profissional dos colaboradores, e demonstram respeito pelas suas vidas pessoais.

Justiça: as decisões são alicerçadas em valores de justiça e na imparcialidade

Sentimento de pertença: os empregados valorizam a pertença à organização e projetam sobre ela sentimentos de lealdade. O ambiente é amistoso e as amizades têm grande significado.

Segurança emocional: os empregados sentem-se seguros para partilhar os seus sucessos, forças, fraquezas e limitações, pedir ajuda; partilhar informação; partilhar emoções difíceis como decisões, medo, perda ou raiva.

Organização Reflexiva: existe tempo para reflectir sobre as práticas e lidar com problemas potencialmente causadores de conflitos. Os empregados são motivados a comunicar e apresentar sugestões nos locais próprios. Os conflitos e as diferenças são geridos com observância das regras do respeito.

Descrição das Medidas

- Planificação e organização da prevenção de riscos profissionais.
- Estabelecimento da periodicidade das acções de avaliação no âmbito da saúde e segurança.
- Estabelecimento de exames de saúde no âmbito da medicina de trabalho.
- Eliminação sempre que possível dos factores de risco e acidentes.
- Melhoria das metodologias de análise do absentismo.
- Divulgação mensal dos valores das taxas de absentismo.
- Estabelecimentos de prémios de mérito e incentivos financeiros.
- Introdução de medidas que contribuam para um maior equilíbrio entre a vida profissional e familiar, exemplo flexibilidade de horários e banco de horas.
- Acções de formação.
- Avaliar e adequar o local de trabalho à saúde do trabalhador após doença prologada.
- Valorização e Progressão nas carreiras.

Resultados esperados

Mudança do clima e cultura organizacional, estrutural e funcional, tendo por fim a Promoção da Saúde, do Bem-Estar e da Capacidade para o Trabalho.
Redução até 2019 da taxa geral de absentismo e da taxa de absentismo por doença para valores inferiores à média nacional.

Bibliografia

- AGAPITO, S. M.; SOUSA, F. C. - A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 28 (2010) 132-139.
- AKGEYIK, T. - Factors affecting employee absenteeism. *European Journal of Management*. 14 (2014) 69-76.
- ARMSTRONG, M.; TAYLOR, S. - *Armstrong's handbook of human resource management*. 13th ed. London: Kogan Page, 2014.
- BARBOSA, E. M.; ALVES, E. - Causes of absenteeism in the health sector in the Alentejo region and resolution measures. *The Małopolska School of Economics in Tarnów Research Papers Collection*. 28: 4 (2015) 47-57.
- BEVAN, S.; HAYDAY, S. - *Attendance management: a review of good practice*. Brighton, UK: The Institute for Employment Studies, 1998.
- BILHIM, J. A. - *Questões actuais de gestão de recursos humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2002.
- BROWN, J. et al. - The EASY (Early Access to Support for You) sickness absence service: a four-year evaluation of the impact on absenteeism. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 41 (2015) 204 - 215.
- CHADWICK-JONES, J. K. et al. - Absence measures: their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*. 24 (1971) 463 - 470.
- COHEN, A.; GOLAN, R. - Predicting absenteeism and turnover intentions by past absenteeism and work attitudes. *Career Development International*. 12: 5 (2007) 416-432.
- CORREIO DA MANHÃ - Portugueses passam a vida no emprego. [Em linha]. *Correio da Manhã*. (17 de Setembro de 2004). Consult. 20 de Abril de 2018. Disponível em <https://www.cmjornal.pt/portugal/detalhe/portugueses-passam-a-vida-no-emprego>.
- CRESWELL, J.W. - *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2014.
- CUCCHIELLA, F.; GASTALDI, M.; RANIERI, L. - Managing absenteeism in the workplace: the case of an Italian multiutility company. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 150 (2014) 1157-1166.

- CUNHA, M.P., et al. - *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa: Edições Sílabo, 2015.
- DECRETO-LEI n.º 18/2017. Diário da República. 30. Série I. (2017-02-10) 694-720.
Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Sector Público Administrativo.
- DESPACHO n.º 3118/2018. Diário da República. 61. Série II. (2018-03-27) 8976.
Determina a criação de um grupo de trabalho com o objectivo de apresentar uma proposta de plano de acção para a melhoria do bem-estar no trabalho nos organismos e entidades do Serviço Nacional de Saúde.
- ENWHP - *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion*. [Em linha]. Amersfoort, The Netherlands: The European Network for Workplace Health Promotion, 2018. Consult. 30 de abril de 2018. Disponível em <http://www.enwhp.org/about-enwhp.html>.
- EU-OSHA - *Directiva 89/391*. Bruxelas: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 1989.
- EU-OSHA - *Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores*. Bruxelas: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010.
- EU-OSHA - *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. [Em linha]. Bruxelas: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2018. Consult. 5 de maio de 2018. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- EUROFOUND - *Sixth European Working Conditions Survey: overview report*. Luxembourg: EU Agency for the Improvement of Living and Working Conditions, 2017.
- FREIXO, M.J. - *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2013.
- GELLATLY, I. R.; LUCHAK, A. - Personal and organizational determinants of perceived absence norms. *Human Relations*. 51 (2015) 1086 - 1102.
- GIMENO, D. et al. - Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occupational and Environmental Medicine*. 61: 10 (2014) 867-869.

- GOETZEL, R. Z. et al. - Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 46 : 4 (2004) 398-412.
- GOLDGRUBER, J.; AHRENS, D. - Effectiveness of workplace health promotion and primary. *Journal of Public Health*. 18 (2010) 75–88.
- GOODMAN, P. S.; ATKIN, R. - Effects of absenteeism on individuals and organizations. In: Goodman, P.; Atkin, R., ed. lit. - *Absenteeism: new approaches to understanding, measuring, and managing employee absence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1984. pp. 276-331.
- GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Composição do Governo*. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2018. Consult. 15 maio de 2018. Disponível em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/composicao>.
- GRAÇA, L. - *Absentismo global e específico: alguns problemas teórico-metodológicos*. [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2002. (Textos de Saúde e Trabalho). Consult. 24 de Abril de 2018. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos154.html>.
- HACKMAN, R.; OLDHAM, G. R. - Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*. 16 (1976) 250-279.
- HAYDAY, S. - *Managing absence effectively*. Brighton, UK: Institute for Employment Studies, 2006.
- Hill, M. M.; Hill, A. - *Investigação por questionário*. 2ª ed. Lisboa: Editora Sílabo, 2008.
- INE - *Conceito de absentismo*. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2018. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1688>.
- INE - *Número de hospitais*. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2018. Consult. 28 de abril de 2018. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008110&contexto=bd&selTab=tab2.
- IPQ - NP 405-1. [Em linha]. Lisboa: Instituto Português da Qualidade Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em <https://www.fed.unl.pt/Anexos/4141.pdf>
- JOHNS, G.; MIRAGLIA, M. - The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. 20 (2015) 1-51.

- KOCAKÜLÂH, M.C. et al. - Absenteeism problems and costs: causes, effects and cures. *International Business & Economics Research Journal*. 8 (2009) 81-88.
- KOCAKÜLÂH, M.C.; BRYAN, T.; LYNCH, S. - *Effects of absenteeism on company productivity, efficiency, and profitability*. Las Vegas, NV: Business and Economic Research. Macrothink Institute, 2018.
- LAKATOS, E.; MARCONI, M. - *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
- LANGENHOFF, W. - *Employee absenteeism: construction of a model for international comparison of influential determinants*. Rotterdam: Univerity Rotterdam, 2011. Master Thesis.
- LARG, A.; MOSS, J. - Cost-of-illness studies: a guide to critical evaluation. *Pharmacoeconomics*. 29 (2011) 653-671.
- LEI n.º 14/2018. Diário da República. 55. Série I (2018-03-19) 1340 - 1342. Altera o regime jurídico aplicável à transmissão de empresa ou estabelecimento e reforça os direitos dos trabalhadores, procedendo à décima terceira alteração ao Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro.
- LEI n.º 18/2016. Diário da República. 116. Série I (2016-06-20) 1904-1905. Estabelece as 35 horas como período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas.
- LEI n.º 35/2014. Diário da República. 117. Série I (2014-06-20) 3220 -3304. Lei Geral do trabalho em funções públicas.
- LOPÉZ ROZA, E.M.; RIAÑO CASALLAS, M.I. - Presentismo y su relación con la seguridad y salud en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista Movimento Científico*. 9 : 1 (2015) 50-59.
- MARTOCCHIO, J. J. - The financial cost of absence decisions. *Journal of Management*. 18 (1992) 133-152.
- MITCHELL, R. J.; BATES, P. - Measuring health-related productivity loss. *Population Health Management*. 14: 2 (2011) 93-98.
- MURCHO, N. A.; JESUS, S. - Burnout e absentismo laboral em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*. 15 (2007) 56-65.

- OMS - *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. Brasília: Organização Mundial da Saúde. Departamento Nacional de Tradução do SESI, 2010.
- PATTON, E. - One hundred years of absenteeism in the news: a window into the social expectations surrounding absence from work. Montreal, QC: John Molson School of Business. Concordia University, 2005.
- PEIRÓ, J. M.; RODRÍGUEZ-MOLINA, I.; GONZÁLEZ-MORALES, M. - *El absentismo laboral: antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora*. València: Universitat de València, 2008.
- PERISTA, H. et al. - *Inquerito às condições de trabalho em Portugal continental*. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social. Autoridade para as Condições de Trabalho, 2017.
- PLOMP, H.N.; BEEK, A. - Job satisfaction of occupational physicians. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 27 (2014) 672 – 682.
- PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Barreiro: Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Ministério da Saúde, 2017. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/Relatorio_Contas17.pdf
- PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - *Relatório e contas*. [Em linha]. Leiria: Centro Hospitalar de Leiria. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 12 de maio de 2018. Disponível em http://www.chleiria.pt/galeria/files/RC_2016_VF.pdf
- PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA - *Relatório e contas*. [Em linha]. Leiria: Centro Hospitalar de Leiria. Ministério da Saúde, 2017. Consult. 12 de maio de 2018. Disponível em <http://www.chleiria.pt/galeria/files/RC%202017.pdf>
- PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL. *Relatório e contas*. [Em linha]. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/RC2016.pdf>
- PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Porto: Centro Hospitalar de São João. Ministério da Saúde, 2017.

Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/658/R_C_CHSJ_2017.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - *Relatório de actividades e contas*. [Em linha]. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal. Ministério da Saúde, 2013. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/02/RAC_2013.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Vila Real: Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 25 de junho de 2018. Disponível em http://chtmad.com/docs_internos/relatorio_contas_2016.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE. *Relatório de gestão e contas*. [Em linha]. Faro: Centro Hospitalar do Algarve. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.chalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/02/01-CHALG_RC2016.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA - *Relatório e contas*. [Em linha]. Aveiro: Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Ministério da Saúde, 2015. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em <http://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio-e-Contas-CHBV-2015.pdf>

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Porto: Centro Hospitalar do Porto. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 25 de junho de 2018. Disponível em http://www.chporto.pt/pdf/2016/CHP_RC2016.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - *Relatório e contas*. [Em linha]. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2016/Relatorio_e_Contas_CHUC_2016.pdf

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - *Relatório e Contas*. [Em linha]. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte. Ministério da Saúde, 2017. Consult. 21 de junho de 2018. Disponível em <http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202017.pdf>

PORTUGAL. MS. CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU - *Relatório e contas*. [Em linha]. Tondela: Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Ministério da Saúde, 2016.

Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.hstviseu.min-saude.pt/Relatorio_Contas_2016.pdf

PORTUGAL. MS. HOSPITAL DE SANTARÉM - *Relatório e contas*. [Em linha]. Santarém: Hospital de Santarém. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 21 de junho de 2018. Disponível em http://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RC-2016_vf.pdf.

PORTUGAL. MS. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA - *Relatório de gestão*. [Em linha]. Évora: Hospital do Espírito Santo de Évora. Ministério da Saúde, 2014. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/relatorio_gestao_2014.pdf.

PORTUGAL. MS. HOSPITAL GARCIA DE ORTA - *Relatório de contas*. [Em linha]. Almada: Hospital Garcia de Orta. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 20 de junho de 2018. Disponível em http://www.hgo.pt/Portals/0/Documentos/RELATORIO%20E%20CONTAS%20VFinal_13abr17.pdf.

PORTUGAL. MS. HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA - A adopção do conceito de saúde ocupacional pelo HFF. *Newsletter: Somos HFF*. 16 (2015) 2-3.

PORTUGAL. MS. HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA. *Relatório e contas*. [Em linha]. Amadora: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Ministério da Saúde, 2017. Consult. 21 de junho de 2018. Disponível em http://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/Relatorio_Contas_2016.pdf.

PORTUGAL. MS. SNS - *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2016.

PORTUGAL. MS. SNS - *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2016*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2016.

PORTUGAL. MS. SNS - *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

PORTUGAL. MS. SNS - *Transparência*. [Em linha]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2018. Consult. 10 de maio de 2018. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>.

- PORTUGAL. MS. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Castelo Branco: Unidade Local de Saúde Castelo Branco. Ministério da Saúde, 2017. Consult. 25 junho de 2018. Disponível em http://www.ulsqb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2016/12/Relatorio-Contas-2017_compress.pdf
- PORTUGAL. MS. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO - *Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. [Em linha]. Castelo Branco: Unidade Local de Saúde Castelo Branco. Ministério da Saúde, 2018. Consult. 28 maio de 2018. Disponível em <http://www.ulsqb.min-saude.pt>.
- PORTUGAL. MS. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA - *Relatório de gestão e contas*. [Em linha]. Guarda: Unidade Local de Saúde da Guarda. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 25 junho de 2018. Disponível em <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsg/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/Relatorio-Gestao-e-Contas-2016.pdf>
- PORTUGAL. MS. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO - *Relatório e contas*. [Em linha]. Beja: Unidade Local de Saúde de Beja. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 21 junho de 2018. Disponível em <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2017/05/rq-2016.pdf>
- PORTUGAL. MS. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO. *Relatório e contas*. [Em linha]. Portalegre: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Ministério da Saúde, 2016. Consult. 21 junho de 2018. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2017/05/RelatorioContas2016.pdf>
- PRATES, M. R.; CORDEIRO, J. - Cultura organizacional, praticas de gestão de recursos humanos e absentismo: contributos para a análise da triologia nas unidades orgânicas do Instituto Politécnico de Setúbal. In: *Conferência Investigação e Intervenção em Recursos Humanos, Vila do Conde, 27 e 28 de outubro de 2011 - Gestão para a cidadania*. Porto: ESEIG - Politécnico do Porto, 2011. pp. 1-12.
- SCHREUDER, J. A. et al. - *Characteristics of zero-absenteeism in hospital care. Occupational Medicine*. 63 (2013) 266-273.
- SCOT, D.; MABES, D. - *The job satisfaction/absenteeism relationship: gender as a moderating variable. Akron Business and Economic Review*. 15 (1984) 43-47.

- SPREITZER, G. M.; CAMERON, K. - A path forward: assessing progress and exploring core questions for the future of positive organizational scholarship. In: Spreitzer, G.M.; Cameron, K.S. ed. lit. - *The Oxford handbook of positive organizational scholarship*. Oxford: Oxford Handbooks Online, 2012. pp. 1-18.
- STEEL, R. P.; RENTSCH, J.; SCOTTER, J. - Timeframes and absence frameworks: a test of Steers and Rhodes' (1978) Model of Attendance. *Journal of Management*. 33: 2 (2007) 180-195.
- TAN, J.; HART, P. - *Voluntary and involuntary absence: the influence of leadership, work environment, affect and group size*. (2015) Preprint. [Em linha]. Consult. 15 abril de 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/265976205_Voluntary_and_Involuntary_Absence_The_Influence_of_Leadership_Work_Environment_Affect_and_Group_Size
- TOMÁS, N. - Empresas não calculam todos os custos do absentismo. [Em linha]. *Jornal de Negócios*. (09 de novembro de 2016). Consult. 20 abril 2018. Disponível em https://www.ayming.pt/typo3conf/ext/almacg/user_upload/Ayming_Portugal/Noticias/2016_11_09_Jornal_de_Negocios_Empresas_nao_calculam_todos_os_custos_do_absentismo.pdf.
- UNRUH, L.; JOSEPH, L.; STRICKLAND, M. - Nurse absenteeism and workload: negative. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (2008) 673–681.
- VILELAS, J. - *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

Apêndices

Apêndices 1 – Estimativa de Custos do Absentismo por doença

Vencimentos ilíquidos médios

Grupo profissional	2015	2016	2017	Média
Médicos	2.799	2.714	2.842	2.785
Enfermeiros	1.384	1.429	1.368	1.394
Assistentes Operacionais	548	555	569	557

Dias ausência por doença

Grupo profissional	2015	2016	2017	Total
Médicos	1.794	930	1.478	4.202
Enfermeiros	5.642	6.213	5.967	17.822
Assistentes Operacionais	8.003	8.844	10.894	27.741
Total	15.439	15.987	18.339	49.765

nº trabalhadores ausentes por doença

Grupo profissional	2015	2016	2017	Total
Médicos	67	62	68	197
Enfermeiros	160	171	159	490
Assistentes Operacionais	186	183	206	575
			Total	1.262

Dias úteis

2015	2016	2017
252	251	250

Cálculo vencimento médio/hora

2015

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$2799 \times 14 / 252 \times 7,5$	20,7
Enfermeiros	$1384 \times 14 / 252 \times 7,5$	10,2
Assistentes Operacionais	$548 \times 14 / 252 \times 7,5$	4

2016

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$2714 \times 14 / 251 \times 7,5$	20,1
Enfermeiros	$1429 \times 14 / 251 \times 7,5$	10,6
Assistentes Operacionais	$555 \times 14 / 251 \times 7,5$	4,1

2017

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$2842 \times 14 / 250 \times 7,5$	21,2
Enfermeiros	$1368 \times 14 / 250 \times 7,5$	10,2
Assistentes Operacionais	$569 \times 14 / 250 \times 7,5$	4,2

Média

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$2.785 \times 14 / 251 \times 7,5$	20,7 €
Enfermeiros	$1.394 \times 14 / 251 \times 7,5$	10,4 €
Assistentes Operacionais	$557 \times 14 / 251 \times 7,5$	4,1 €

Cálculo custo absentismo c/ substituição funcionário

Média

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$4202 \times (20,7 \times 7,5) \times 1,83$	1.193.819,72 €
Enfermeiros	$17822 \times (10,4 \times 7,5) \times 1,83$	2.543.912,28 €
Assistentes Operacionais	$27741 \times (4,1 \times 7,5) \times 1,83$	1.561.055,42 €

5 298 787,42 €

Anos	Valor
2015	1.738.905,34 €
2016	1.658.133,72 €
2017	1.873.102,90 €
Total	5.270.141,96 €

Cálculo custo absentismo s/ substituição funcionário

Média

Grupo profissional	Fórmula	Valor
Médicos	$4202 \times (20,7 \times 7,5) \times 0,83$	541.459,21 €
Enfermeiros	$17822 \times (10,4 \times 7,5) \times 0,83$	1.153.796,28 €
Assistentes Operacionais	$27741 \times (4,1 \times 7,5) \times 0,83$	708.019,67 €

Total 2 403 275,16 €

Anos	Valor
2015	788.683,85 €
2016	752.049,72 €
2017	849.549,41 €
Total	2.390.282,97 €

Apêndices 2 - Análise das entrevistas

Entrevista a E1: Ao ser questionado E1 sobre se tinha conhecimento dos valores de absentismo, indicou-nos que quando exercia funções executivas os “*valores de absentismo total rondavam os 10%*”. Procuramos aferir se este valor poderia ser considerado elevado, tendo obtido como resposta que em “*termos nacionais na área pública se aproximavam do padrão*” e que existe uma discrepância no absentismo do sector público e do sector privado. Como referido anteriormente (tabela 2) a taxa geral de absentismo do sector público da saúde foi de 10,7% em 2016 (SNS, 2018a). Em relação aos dados do sector privado como refere E1 é plausível que tenha níveis de absentismo inferiores “*Não tenho os números consolidados do sector privado, mas tendem a ser mais reduzidos*”. Questionado sobre o porquê desta discrepância, E1 respondeu-nos que não tinha informação que lhe permitisse conhecer com exactidão as causas, no entanto, acreditava que a justificação tinha na origem as diferenças face às condições de trabalho, à motivação, à estrutura etária e ao tipo de tarefas/grupos profissionais.

Ao confrontar o entrevistado, com os valores de absentismo geral da instituição, cerca de 13% em 2017, o mesmo ficou admirado e justificou que estávamos perante um grupo profissional preenchido maioritariamente pelo género feminino e em idade fértil, razão que poderia justificar parte do absentismo. Para o entrevistado as causas do absentismo também podem incidir numa maior exposição a riscos de acidente e as especificidades das próprias organizações. Interrogado sobre as repercussões e consequências que têm existido nas equipas, na gestão dos cuidados e na prática de cuidados, o mesmo destacou que em primeiro lugar que o trabalho em saúde, com especial relevo para os hospitais, é um trabalho em equipa, razão pela qual a falta de um elemento potenciam a existência de problemas de desempenho que afectam toda a equipa, dando como exemplo, que se faltar um ou dois anestesistas, um bloco deixa de trabalhar. Efectivamente, o problema do absentismo em saúde não tem consequências apenas individuais, tem consequências ao nível do trabalho das equipas, como explicou o entrevistado, destacando que neste contexto a diferença entre o sector público e o sector privado é a inflexibilidade do sector publico. No sector privado existe maior capacidade de flexibilidade interna, portanto, uma equipa pode entreajudar a outra. Os serviços na área pública, de uma forma geral, tendem a ter mecanismos de compensação, “*agora não deixa de ser dramático que um doente deixe de ser operado porque falta um anestesista ou um instrumentista*”. Para E1 as regras do sector privado

tendem a ser mais flexíveis e nem sempre são um aspecto negativo. Evidentemente, *“que se é para desqualificar ou desvalorizar o trabalho obviamente que é negativo, mas se é para incrementar a produtividade e a qualidade é um aspecto que deve ser incentivado”*.

Ao ser questionado sobre se se recorda da aplicação de algumas medidas para prevenir e controlar o absentismo em ambiente hospitalar E1, destacou que se recordava a nível da enfermagem da existência mecanismos informais de trabalho em *pulling*, em equipas de entreajuda, e gestão de bolsas de horas. Acredita que de um modo geral todas as instituições *“fazem isso”*, apesar de referir que não tem informação em concreto, mas que pelo menos na área privada é possível ter gestão de bolsas de horas. Questionamos se existiam apenas bolsas de horas, ou também existia remuneração extra? Recebemos como resposta que as remunerações extra que existiam eram no formato clássico de horas extraordinárias, do trabalho suplementar. De acordo com E1 o modelo de organização de intersubstituição, por exemplo, como acontece agora nas Unidades de Saúde Familiar, nos Cuidados Primários, ou nos Centros de Responsabilidade Integrada dos hospitais, são modelos que tendem a ultrapassar essas dificuldades porque as equipas não podem ser estáticas. Os riscos de faltar alguém ou de alguém não estar presente, são permanentes, fazem parte da natureza humana. Modelos muito rígidos, normalizados e estáticos, são inimigos da produtividade e do trabalho em equipa. Para E1, o sistema público, nomeadamente, no caso dos hospitais, tem de ter maior autonomia ao nível dos recursos humanos, e a gestão tem de ser capaz de estabelecer mecanismos internos de flexibilidade. Insistir num modelo centralizado, administrativo, burocrático, que retira das administrações qualquer possibilidade de gerir recursos humanos é errado, ineficiente e conduz a maus resultados. Também não é possível, nem desejável copiar modelos privados, porque a própria natureza do estado, está embebida numa maior rigidez normativa. Agora, é possível encontrar um meio termo preconizando por maior autonomia e alinhado por objectivos. Para E1 é essencial a autonomia da gestão intermédia, de modo a promover a capacidade de adaptar os recursos com plasticidade/flexibilidade, e explica que não pode haver uma rigidez tão grande na gestão das equipas de trabalho. Perante a disponibilidade de E1 referimos que existia um grande descontentamento nos assistentes operacionais e questionamos sobre o que tinha a dizer sobre isso? Tendo E1 respondido que era natural – *“pagando mal às pessoas e introduzindo mecanismos muito rígidos de desenvolvimento pessoal, tem de ter o reverso da medalha”*. Quanto pior se paga mais se desmotiva e menos se mobiliza as pessoas para um projecto profissional. O absentismo excessivo pode ser um sintoma de patologia motivacional,

as pessoas estão frustradas e desmotivadas, não têm vontade de se levantar e ir trabalhar. E isto não é uma questão de preguiça. A questão da motivação no trabalho é essencial, seja a que nível for, médico, enfermeiro ou assistente operacional. Se acharmos que as pessoas são meramente “robots” e que respondem apenas a regras administrativas, processo disciplinares, grande rigidez nas cadeias de comando e controlo, acabamos por ter um sistema desmotivado, desmobilizado e que gera muitas das vezes absentismo por razões de ordem psicológica, factor que não pode ser desvalorizado. *“Quando uma pessoa não tem vontade de trabalhar porque acha que a compensação que tem e o projecto profissional que tem não é nenhum, isto não é um problema do trabalhador, é um problema da organização e de quem tem a responsabilidade de fazer a gestão dos recursos”.*

Entrevista a E2: Na primeira questão procuramos aferir se E2 tinha conhecimento dos valores de absentismo por doença, tendo constatado que não tinha dados actualizados, tendo em consideração que tinha como referência o valor de 4%, sem contar com as ausências ao serviço por faltas justificadas por maternidade. Referimos que o absentismo geral na instituição foi cerca de 13% em 2017, e perguntamos como interpretava este valor? Para E2 quando olhamos para este fenómeno devemos ser capazes de estabelecer *clusters* individualizados, porque existem alterações laborais face ao aumento do tempo de maternidade, quer para o pai, quer para a mãe, entre outros novos direitos. A pirâmide etária dos profissionais de saúde, de acordo com E2 também deve ser alvo de análise. De acordo com E2 a segurança no trabalho, a dureza das tarefas e o género são contributos essenciais para compreender o absentismo. E2 alerta ainda para o facto de que temos uma população a envelhecer, e, portanto, *“se eu tenho uma mãe que é mais velha e tem que ir a uma consulta eu tendo a faltar para a acompanhar. Estes fenómenos vão aumentar, apesar da precariedade obrigar a contrariar esta tendência, com todas as consequências inerentes”.* Para E2 o absentismo deve ser analisado no sentido de aferir muito concretamente os motivos. A precariedade do trabalho sempre foi e será um motivo de redução do absentismo, mas deve ser analisada de uma forma abrangente, contabilizando também todos os seus aspectos negativos. Sobre que repercussões/consequências têm existido nas equipas, na gestão dos cuidados e na prática de cuidados? Segundo E2 os directores, os coordenadores e os chefes de equipa queixam-se significativamente da dificuldade que têm em fazer “arranjos” das suas equipas. E explicou que a redução drástica dos recursos humanos, tem dificultado muito a construção de equipas, realidade que se agrava com o absentismo. Para E2 *“é difícil formar equipas de modo a garantir que alguém tenha um conhecimento sólido*

e de muitos anos, quer em termos médicos, quer em termos de enfermagem. Ao nível do pessoal auxiliar, dada a redução drástica do número de profissionais, qualquer falta ao serviço, seja por que razões for, é penalizadora para os restantes e causa grande dificuldade às pessoas". E2 acrescenta ainda que a escassez de recursos humanos dificulta a construção de equipas equilibradas e que numa instituição grande ainda é possível conseguir alguma flexibilidade de substituição, mas que em hospitais mais pequenos, ou nos cuidados de saúde primários, a falta de recursos humanos aliada com o absentismo, é responsável por situações por vezes caóticas. Quando as equipas são muito pequenas é muito difícil ir a outro serviço buscar pessoas para colmatar ausências.

Sobre as questões - Quais as medidas preventivas e de controlo adoptadas pelas chefias e pela administração da instituição? Como analisa os resultados? Na sua opinião que medidas poderiam ser adoptadas para reduzir este fenómeno? E2 considera que as crises, são bons momentos de reflexão para introduzirmos mais eficiência ao nível dos serviços, e que neste sentido a administrações de um modo geral, têm tentado manter os números mínimos de recursos humanos, e que apesar das dificuldades tem procurado, aproximar-se das pessoas no sentido de manter alguma motivação. *"Obviamente, que as dificuldades financeiras, não deixam grande margem para melhorias, mas isso não significa que não exista vontade dos responsáveis hierárquicos"*. Para E2 no caso de existirem bons resultados de desempenho a instituição em causa deve divulgá-los internamente como forma de motivar outros a *"vestir a camisola"*. Questionamos E2 sobre se as instituições de saúde em regime EPE tivessem mais autonomia se era mais fácil motivar os recursos humanos tendo E2 respondido que "Sim, era muito mais fácil". Neste contexto E2 aproveitou para referir que *"teoricamente os hospitais têm autonomia, mas é teoricamente, porque de facto, para contratar uma pessoa mesmo que seja um auxiliar, um administrativo, um enfermeiro, um médico, temos que estar à espera da autorização do ministro. Ora, nenhum gestor numa instituição qualquer privada, seja ela de que tipo for, tem que estar à espera do accionista para autorizar a contratar, porque ele responde por resultados"*.

Para E2 não basta tentar incrementar a avaliação de desempenho, resultados, incentivos, etc., se em simultâneo se introduzem mecanismos administrativistas que reduzem grandemente a autonomia dos níveis de gestão. *"Ao reduzir a autonomia dos níveis de gestão tudo fica posto em causa"*. Perguntamos ainda a E2 se tinha conhecimento da aplicação de medidas preventivas e de controlo adoptadas pelas chefias e pela administração da instituição? E como analisava os resultados? Em termos concretos neste momento E2 não tem conhecimento das medidas que têm sido

implementadas, mas explicou que a problemática da motivação não só não é um tema fácil de quantificar, como não é um tema fácil de promover. O sucesso da prevenção depende do diagnóstico inicial e do conhecimento sobre os factores a modificar. *“Neste caso estamos perante o absentismo por doença, que em princípio é involuntário”*. Para inverter esta situação é essencial analisar a relação entre o absentismo e o stress, mas também fazer o levantamento das condições de segurança e de saúde dos trabalhadores no local de trabalho.

Entrevista a E3 – Após apresentar os objectivos do presente estudo, questionamos E3 sobre se tinha conhecimento dos valores de absentismo existente na instituição, tendo obtido como resposta um *“não”*. Para E3 o absentismo é um assunto do qual se fala muito pouco, e *“quando se fala está muito circunscrito ao nosso serviço”*. Neste sentido questionamos sobre se E3 tinha conhecimento das taxas de absentismo do serviço em que estava inserido? Tendo obtido como resposta - *“penso que deve estar entre os valores da média nacional. Lembro-me de ter visto algumas notícias em que colocam o absentismo do SNS entre 12% a 14%”*. Voltamos a intervir informando que a taxa geral de absentismo na instituição foi cerca de 13% em 2017 e questionamos como interpretava estes valores? sendo surpreendidos com a interrogação - Tem a certeza? *“Não posso deixar de ficar surpreso”*. Questionamos então E3 sobre os motivos que considerava relevantes como factores geradores de absentismo, tendo obtido como resposta que muito do absentismo por doença tem como causa em primeira linha a exaustão provocada pela sobrecarga de trabalho e a insatisfação, e em segundo lugar o apoio a filhos menores e a familiares. De uma forma geral os objectivos de gestão têm sido ambiciosos face aos recursos, e temos atingido boas taxas de concretização, no entanto, a sobrecarga de trabalho é obviamente agravada e inevitavelmente o absentismo cresce. Por exemplo, *“quando o absentismo, implicam a desmarcação de consultas, de exames, de intervenções, gera diversas entropias no próprio sistema, que se irão reflectir em sobrecarga de trabalho para os colaboradores mais assíduos. Se acrescentarmos que muitas vezes estamos perante situações de alguma desigualdade de direitos, é fácil compreender que estamos a potenciar novas situações de absentismo. É fácil entrar num ciclo vicioso”*.

Entrevista a E4 – Questionamos se o entrevistado tinha conhecimento dos valores de absentismo do hospital? Obtivemos como resposta que sobre o hospital, não tinha, mas tinha ideia dos valores do seu serviço e explica que excluindo as licenças de parentalidade, gravidez e acidentes de trabalho, relativamente à enfermagem o

absentismo é residual – *“praticamente não faltam”*. *“O ano passado estiveram cinco enfermeiros nesta situação o que se traduziu em cerca de 500 dias de ausência”, obviamente que nestas circunstâncias é difícil gerir horários e não nos podemos esquecer que ao absentismo é ainda necessário acrescentar os dias de férias”*.

Em relação aos Auxiliares segundo o entrevistado foram registadas cerca de 1200 a 1300 dias de falta por ano. Cerca de 800 dias por acidente de trabalho e 500 dias por doença. Perante a dimensão do absentismo por motivo de acidente de trabalho questionamos sobre quais os acidentes mais frequentes e ficamos a saber que os acidentes mais frequentes são lombalgias e dor no joelho, e que as ausências por acidentes de trabalho normalmente são prolongadas - 1 mês, 2, 4, ou mesmo um ano. Em relação às licenças por doença, estas são pontuais e duram cerca de 4, 5 dias ou 1 semana. Procuramos aferir qual o significado destes números e questionamos - *Considera esses valores elevados? tendo recebido uma resposta afirmativa - “Sim, tenho de considerar elevados. Pelas minhas contas, tenho cerca de 43.200 dias de trabalho por ano, na equipa de enfermeiros e auxiliares, e uma média de 3.5% de ausências nesta equipa toda. Ora, 3.5% já começa a ser pesado”*. Questionamos sobre as consequências desta realidade na gestão e no relacionamento das equipas? Tendo E4 salientado que quando o número de pessoas para garantir a funcionalidade e normalidade de um serviço é insuficiente, começa a existir insatisfação profissional. *“Se as pessoas andam sobrecarregadas, seja pelo aumento de 35 horas para 40 horas, como já aconteceu ou por um acréscimo de horas extraordinárias, para compensar as ausências é natural que se sintam insatisfeitas. Surgem dificuldades físicas, mentais, e a consequência imediata é a deterioração do relacionamento inter-equipa e interpessoais o que provoca uma série de problemas que não é fácil conter. Tentamos resolver os conflitos da melhor maneira, privilegiando a coerência*. E4 destaca que em situações de maior incerteza não é possível delinear grandes planeamentos o que em termos de gestão é um grave constrangimento, que se lamenta do tempo que é obrigado a gastar para arranjar estratégias para estabelecer os horários e as escalas - *“um horário deveria estar feito no início de cada mês, no entanto, todos os dias tenho que me sentar ao computador para tentar ultrapassar as dificuldades da falta de pessoal”*. Questionamos sobre quais as medidas preventivas e de controlo do absentismo adotadas pelas chefias e pela administração da instituição? *“Não vou dizer que não tenham existido medidas, no entanto, em termos de resultados a situação mantém-se. Continuamos com escassez de recursos, e se é verdade que aumentaram o número de médicos e enfermeiros o número de assistentes operacionais diminui (-1,6%). A maioria das novas contratações foi ao abrigo de contratos individuais de trabalho. A coexistência*

de dois regimes, para as mesmas categorias também não é fácil". Questionamos sobre que medidas poderiam ser adotadas para reduzir este fenómeno? *"Em termos de estratégias dos serviços sempre que é possível recorremos a uma certa flexibilidade de horário, e divulgamos o mais atempadamente possível os horários, para que as pessoas possam interiorizar os turnos e organizarem a vida pessoal. Com estas medidas tentamos minimizar as ausências e permite de certa forma que as pessoas também se possam voluntariar para os turnos"*.

Quisemos ainda saber qual o sucesso destas estratégias, pelo que questionamos - Tem sido bem-sucedido? tendo obtido como resposta "Até agora temos conseguido ultrapassar isso. Criamos uma norma interna para que a distribuição dos turnos fosse o mais equitativa possível". Por fim questionamos se - o desempenho dos profissionais tem sido afetado? Sabemos que é difícil obter uma resposta quantitativa, por isso, tentamos avaliar a perceção existente, e tornou-se evidente que a sobrecarga de trabalho tem influência na forma física e psíquica das pessoas que ali trabalham. O facto de ser um serviço de urgência, é um ambiente só por si já intenso e penoso, e fazer 8 horas ou 16 horas é completamente diferente. No caso de 16 horas se for um dia difícil com uma afluência com algum volume, trabalha-se 2 turnos em que não se para. Na prática o esforço cumulativo quer físico, quer mental é grande. A manutenção de uma situação de falta de recursos por períodos de tempos significativos, não só é muito difícil de gerir como na opinião do nosso entrevistado é provavelmente uma das causas das doenças e acidentes de trabalho anteriormente mencionados.

Entrevista a E5 - Questionamos se o entrevistado tinha noção dos valores de absentismo no serviço? *"Em termos de valores não sei, mas que deve ser elevado, deve"*. No caso dos enfermeiros, as ausências são muito pontuais, com exceção das motivadas pela maternidade e assistência à família. Já no caso dos assistentes operacionais é bem diferente. "Não tenho em mente valores concretos, mas falo com diversos colegas ou amigos de outros hospitais e todos se queixam da falta de recursos humanos e naturalmente as pessoas entram facilmente em exaustão". Aqui no serviço parecem peças de dominó a cair. É frequente andarem duas semanas a fazer turnos seguidos e depois ficam exaustos". Preocupados com esta realidade questionamos sobre - A nível de gestão do hospital, o que tem sido feito neste sentido? e ficamos a saber que diversos elementos saíram e que os seus postos de trabalho não foram repostos. "Em 2017 temos menos assistentes operacionais que em 2016, e o trabalho aumentou. Vai entrando um a um, mas por outro lado temos tido licenças de maternidade e licenças de amamentação". Questionamos se o aumento do número de

elementos era suficiente para colmatar este problema? “Sim, penso que seria o suficiente. Claro que outras compensações eram necessárias. Ganhamos pouco e matamo-nos a trabalhar, quase sem folgas. A compensação financeira também era importante”. O que a chefia direta podia fazer nestas questões? “Dar reforço positivo do nosso trabalho, que é pouco valorizado. Estamos em grande esforço e não existe reforço positivo por parte das chefias”. “Tem faltado bastante gente ultimamente, não sei se é por haver mais doentes, mas tem havido muita falta de pessoal. Faltam porque estão doentes e outras situações. Faltam porque são muitas horas de serviço e as pessoas não aguentam, é uma carga horária muito pesada, porque entramos às 8h da manhã e saímos às 23 horas”. Questionamos - mas são turnos de 16Horas? “São turnos de 16H porque temos de seguir o turno da pessoa que faltou. É complicado e muito difícil porque muitos colegas têm doenças graves e outros que nem sequer deviam de estar aqui, porque o serviço é muito exigente a nível físico e psicológico” Questionamos Consegue enumerar alguns motivos pelos quais as pessoas faltam? “A maioria é por tendinite, entorses de pés, dores de costas por empurrar as macas, cansaço geral”. Questionamos - Acha que são consequências do serviço ou devido à idade das pessoas? “Se formos a ver bem, são os mais jovens que faltam mais. A malta mais antiga aguenta-se porque não gosta de faltar, não gosta de obrigar os colegas a fazer mais um turno porque é muito duro e difícil. O pessoal mais antigo são aqueles casos pontuais que têm doença crónicas e têm mesmo de ficar de baixa para fazer tratamentos”. Questionamos - Essas baixas são prolongadas? “São baixas de 2, 3 meses e até mesmo de 1 ano. Mas sei de casos de colegas, que já estão há 2 anos de baixa e são pessoas novas”. Questionamos - Estas faltas afetam o serviço? Em que medida é que o serviço se tem adaptado? “A malta já está tão habituada que haja faltas todos os dias, que já sabe que quando vem trabalhar tem que fazer um turno extra. Não temos hora de saída”. Questionamos - Como decidem quem fica a fazer o turno extra?

“O Chefe coloca um papel para nos voluntariarmos. Se não houver voluntários fica um obrigatoriamente. Muitas das vezes gera conflito entre a equipa porque toda a gente tem argumentos para não trabalhar. Temos casos de colegas que os maridos disseram que escolhiam o casamento ou trabalho. É complicado. Temos situações de gritos. Se fossem situações pontuais, era tolerável, mas as faltas são constantes e as pessoas ficam cansadas. Já não há clima de amizade que havia antigamente. Os chefes poderiam incentivar mais as pessoas. Poderiam dizer uma palavra na hora certa, de forma a reconhecer o nosso trabalho. Não ligam nenhuma. Sentimo-nos desprezados, não ligam ao nosso trabalho. Antigamente havia mais união entre as pessoas. A malta que tem entrado é diferente, talvez tenha mais estudos, mais objetivos. Na verdade,

esta profissão não tem grandes objetivos nem futuro”. Questionamos - Mas acha que a falta de reconhecimento e futuro são as razões para as ausências? “Não, as pessoas não têm o sentido de responsabilidade. Este trabalho é um trabalho de responsabilidade, temos de ter consciência que vir trabalhar, mas o colega que nos vem render tem que aparecer. Pensando melhor, se houvesse mais reconhecimento, e prémios, talvez alguns faltassem menos”.

Entrevista a E6 – O governo quer combater o absentismo, que reconhece como um problema transversal a toda a função pública. Na qualidade de gestor de recurso humanos, como enquadra a situação do absentismo hospitalar. *“O absentismo hospitalar, não é uma realidade de hoje, nem de ontem, é um fenómeno que se tem vindo a agudizar, por diversos motivos. Apesar de ser uma realidade que tem de ser encarada de frente, é fácil atirar tudo para o cansaço provocado pela falta de recursos humanos, ou para as questões remuneratórias, mas existem raízes muito mais profundas e que muitas vezes têm origem na falta de sentido de pertença, ou num clima organizacional deteriorado e individualista. Não quero dizer que as organizações sejam clubes sociais e que tenham que ser todos amigos, mas têm que trabalhar em equipa e gerar sinergias. Neste sentido o absentismo pode ser considerado como um percurso natural da ausência de uma adequada gestão dos recursos materiais e humanos no sector público. As pessoas como qualquer outro recurso têm de ser geridas. No entanto, não vale a pena, pretender combater qualquer fenómeno a este nível se não existir um plano com objetivos muito claros e amplamente divulgados e medidas concretas que viabilizem a sua concretização”.* Quais as medidas que considera mais importantes para prevenir e controlar o absentismo? *“Existem medidas que são genéricas, e comuns a qualquer política de assiduidade, no entanto, considero que a elaboração de um plano, primeiro deve obedecer a um critério muito simples, ser construído para o efeito e alicerçado num diagnóstico o mais abrangente possível. Quando queremos saber alguma coisa, o que fazemos normalmente é perguntar, aqui a realidade é a mesma, temos de ir ao terreno perguntar e avaliar. Mas tudo tem de ser feito com muito equilíbrio, desculpar o absentismo com a vitimização, pode potenciar outro conjunto de problemas. No entanto, é fundamental salientar que os profissionais que trabalham em meio hospitalar, estão expostos a uma multiplicidade de riscos graves, sobrecarga de trabalho e stress que têm de ser tidos em consideração”.*